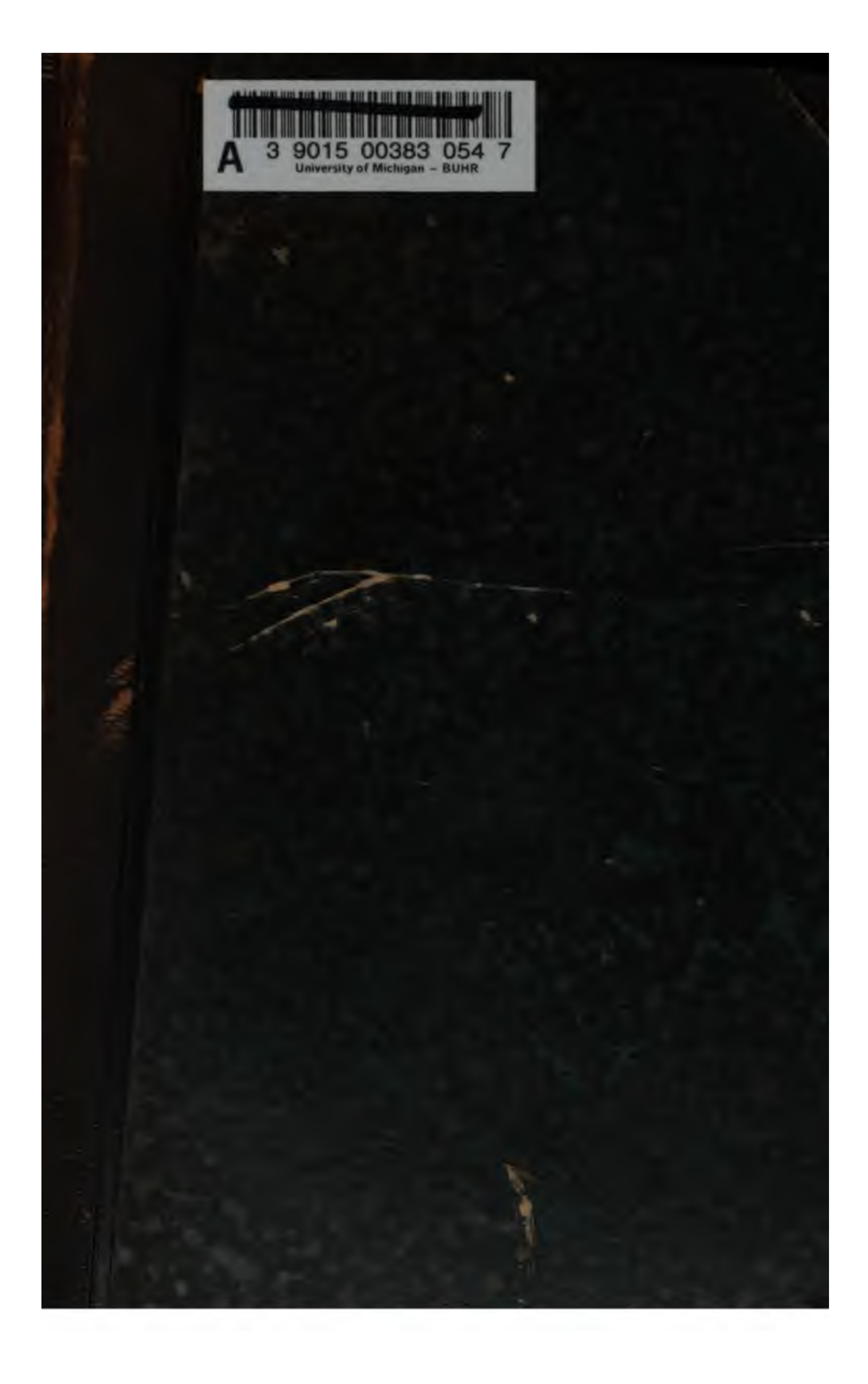


A 3 9015 00383 054 7
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES
DE
NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

MM. ATHANASSIO, BABINSKI, BALLET, BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CATSARAS, CHABBERT, CHARON, CHRISTIAN, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DUCAMP, DUVAL (MATHIAS), FERE (CH.), FENAYROU, FERRIER, FRANCOTTE GILLES DE LA TOURETTE, GARNIER (S.), GOMBAULT, GRASSET, HYVERT, KERAVAL, LANDOUZY, LEGRAIN, LWOFF, MABILLE, MARIE, MIERZEJEWSKY, MIRALLIÉ, MUSGRAVE-CLAY, NOIR, PIERRET, PITRES, REGIS, REGNARD (P.), RÉGNIER (P.), RICHER (P.), RELLAY (P.), ROTH (W.), ROUX (J.), SÉGLAS, SÉRIEUX, SOLLIER, SOUQUES, SOURY (J.), TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), URRIOLA, VILLARD, VOISIN (J.), YVON (P.).

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaires de la rédaction : **J.-B. CHARCOT** et **J. NOIR**

Dessinateur : **LEUBA**

Deuxième série, tome VII. — 1899.

Avec 16 figures dans le texte et 5 planches.

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes.*

1899

Vol. VII. Janvier 1899. N° 37

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

DE L'ÉTAT DU FACIAL SUPÉRIEUR ET DU MOTEUR OCULAIRE COMMUN DANS L'HÉMIPLÉGIE ORGANIQUE ;

Par Ch. MIRALLIÉ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes.

S'il est une question qui semble résolue, et sur laquelle tous les pathologistes sont d'accord, c'est sans contredit l'intégrité du facial supérieur dans l'hémiplégie cérébrale banale. Tous les classiques sont unanimes à cet égard : dans l'hémiplégie cérébrale le facial inférieur seul est intéressé, le facial supérieur est indemne, ou n'est atteint que dans des cas très rares et exceptionnels. Tous les auteurs insistent sur l'importance de cette intégrité du facial supérieur pour différencier la paralysie faciale d'origine centrale de la paralysie faciale périphérique. Cette intégrité est passée à l'état de dogme, si bien que l'on a demandé à l'anatomie la cause de cette anomalie apparente, et que l'on n'a pas hésité à décrire pour le facial supérieur un centre cortical et un trajet intra-cérébral complètement indépendants de ceux qui appartiennent au facial inférieur. Malgré l'unanimité des auteurs, la question, à notre avis, mérite d'être reprise, et peut-être la solution doit-elle être bien différente de celle aujourd'hui admise.

Deux faits auraient dû mettre en garde les cliniciens : dans l'immense majorité des cas, presque dans tous les cas d'hémiplégie cérébrale infantile se montrant chez le nouveau-né, le facial supérieur est paralysé, au même titre et au même

degré que le facial inférieur (Gibotteau). On compte les observations où le facial supérieur est respecté. Pourquoi cette contradiction absolue avec ce qui se passe chez l'adulte? Pourquoi ce qui est la règle chez l'un est-il l'exception chez l'autre? Il est inadmissible qu'il s'agisse uniquement d'une question d'anatomie, et que cette lésion respecte toujours chez l'adulte un centre qu'elle frappe toujours chez l'enfant? D'autre part dans l'épilepsie Jacksonnienne de la face, les convulsions se montrent sur le facial supérieur comme sur le facial inférieur.

D'ailleurs l'intégrité absolue du facial supérieur chez l'adulte est loin d'avoir été admise par tous les auteurs. Récamier le premier avait établi l'intégrité du facial supérieur dans les lésions cérébrales comme signe différentiel avec la paralysie faciale périphérique. Bientôt cependant Mahot, Gubler avaient montré l'existence de la paralysie de l'orbiculaire des paupières dans l'hémiplégie alterne. Legendre note cette paralysie dans l'hémiplégie ordinaire et remarque la chute de la paupière supérieure. Mais c'est à Duplay (1854) que revient l'honneur d'avoir soutenu contre Récamier la participation de l'orbiculaire à la paralysie, dans l'hémiplégie faciale de cause cérébrale, et d'avoir établi cette opinion sur des faits cliniques avec autopsie. Heney (1874) signale l'impossibilité de fermer isolément l'œil du côté paralysé, symptôme que Simoneau (1877) remet en pleine valeur. Contrairement à Landouzy (1876), Simoneau admet la participation de l'orbiculaire des paupières à la paralysie : « Dans l'hémiplégie de cause centrale, les malades peuvent fermer les deux yeux, l'occlusion simultanée des deux yeux se fait toujours; mais les malades sont incapables de fermer l'œil du côté malade tout seul, tandis qu'ils peuvent en général fermer l'œil sain isolément. Dans tous nos cas nous avons trouvé de la paralysie de l'orbiculaire, qui ne pourra plus être niée dans tous les cas d'hémiplégie de cause centrale. »

Coingt (1878) fait rentrer la paralysie de l'orbiculaire dans l'hémiplégie faciale ; elle est beaucoup plus fréquente qu'on le soutient mais elle est le plus souvent latente et il faut user d'artifice pour la mettre en lumière. O. Berger soutient la fréquence de la participation du facial supérieur à l'hémiplégie faciale.

Hallopeau a vu que « plusieurs fois dans les hémiplégies récentes l'occlusion des paupières se faisait plus difficilement, plus lentement et moins complètement du côté malade que du côté sain ». De son travail, Hallopeau conclut que : « si les filets de l'orbiculaire ne sont pas confondus avec ceux qui se distribuent à la partie inférieure de la face, ils n'en sont pas toutefois très éloignés. Les cas dans lesquels ces filets ont été directement et complètement intéressés ne sont pas très exceptionnels, car nous avons pour notre part rencontré, depuis trois ans, quatre malades chez lesquels il existait une paralysie de l'orbiculaire en même temps qu'une hémiplégie du même côté ». Au point de vue anatomique « les filets de l'orbiculaire traversent le centre ovale, et probablement aussi la capsule interne ; ils passent dans le segment interne du noyau lenticulaire ou dans son voisinage immédiat, et viennent se placer dans le pédoncule cérébral avec le faisceau bulbaire en dedans du faisceau pyramidal ».

Récemment MM. Pugliese et V. Milla [1] étudièrent soigneusement la question et à eux revient l'honneur d'avoir attiré de nouveau l'attention sur ce sujet : « Le facial supérieur ne reste pas intact dans l'hémiplégie ; d'ordinaire il est frappé, à un degré plus ou moins grand, et suivant le siège, l'étendue de la lésion cérébrale et certaines dispositions individuelles. Que le muscle frontal du côté paralysé dans le plus grand nombre de cas d'hémiplégie soit lèsé, cela n'est pas douteux. La paralysie de ce muscle se traduit par le degré divers de rugosité des deux moitiés du front, de la différence de hauteur des deux sourcils pendant le repos et pendant la contraction des muscles frontaux. Si le muscle est en contracture la peau du front de ce côté est plus rugueuse, et le sourcil correspondant plus élevé; si, d'autre part, on invite le malade à froncer le front, on note que le sourcil du côté paralysé ne s'élève pas autant que celui de l'autre côté et que la moitié correspondante du front est moins froncée. — D'autres faits témoignent de l'atteinte de l'orbiculaire des paupières: chez certains malades la fente palpébrable de l'œil du côté paralysé est plus grande; chez d'autres, plus étroite que du côté sain; pendant la

[1] *Rivista sperimentale di frenatria*, 4, 1896. Nous remercions bien sincèrement M. Pugliese de l'extrême obligeance avec laquelle il nous a communiqué son travail original. Qu'il reçoive l'expression de notre vive reconnaissance.

fermeture synergique volontaire et réflexe des deux yeux, le muscle orbiculaire de la partie paralysée se montre flasque et tarde à se contracter. Enfin sur les 25 malades examinés, 22 fois la fermeture isolée de l'œil du côté malade était impossible. Ce pourcentage (96 p. 100) est beaucoup plus élevé que celui que l'on rencontre chez les individus non hémiplégiques. La parésie des muscles innervés par le frontal supérieur ne manque pour ainsi dire jamais dans l'hémiplégie. » On voit combien ces conclusions sont éloignées de celles des classiques. Loin d'être l'exception, la paralysie du facial supérieur est la règle dans l'hémiplégie. Dans un travail plus récent[1], Pugliese confirme ses recherches antérieures: « Les muscles supérieurs de la face participent d'ordinaire à l'hémiplégie comme les muscles inférieurs, mais dans une plus légère mesure. Un certain degré de parésie ne manque pour ainsi dire jamais dans ces muscles, spécialement dans ces cas d'hémiplégie où les muscles inférieurs de la face et ceux de la langue sont fortement lésés. Parfois cette parésie peut aller jusqu'à la paralysie. Ces troubles du facial supérieur confirment la loi qui règle la participation des divers muscles dans l'hémiplégie : dans l'hémiplégie les muscles sont d'autant plus affectés, qu'ils jouissent à un plus haut degré de l'asynergie fonctionnelle; par conséquent l'orbiculaire des paupières du côté paralysé, considéré comme muscle à mouvement synergique, est parésié, considéré au contraire comme muscle à mouvement dissocié, il est paralysé. » Telles sont les importantes conclusions de ces travaux très remarquables, et sur lesquels nous aurons encore à revenir.

Il nous a été facile de recueillir dans la littérature des observations d'hémiplégiques où le facial supérieur était peu ou prou intéressé. Les rapporter serait allonger inutilement ce travail. L'existence possible de la paralysie du facial supérieur n'est niée par personne; sa fréquence et son importance seules sont en jeu. Nous voulons seulement rapporter une observation récente de Pandi[2] qui vient à l'appui des conclusions de Pugliese : un homme de trente-cinq ans est atteint de paralysie faciale centrale. Au repos tout le facial gauche

[1] *Rivista di patologia nervosa et mentale*, février 1898, p. 49.

[2] Pandi. *Wien. Klin. Woch.* Analysé in *Neurolog. Centralbl.*, 1897, p. 220. On trouvera in *Gazette médicale de Nantes*, 1898-1899, plusieurs observations anciennes.

se montre paralysé, tandis que dans les mouvements volontaires le facial supérieur se montre bien innervé. — Ce fait confirme d'une façon évidente l'importance de la synergie des mouvements dans la motilité du facial supérieur et explique en partie comment l'intégrité du facial supérieur a pu être soutenue.

Il est un fait certain, c'est que chez les hémiplégiques la paralysie du facial supérieur n'attire pas immédiatement l'attention. Tandis que la déviation de la bouche, la flaccidité de la joue, l'asymétrie faciale montrent, même au repos, la paralysie du facial inférieur, du côté du facial supérieur dans la plupart des cas tout semble normal. Si l'on s'en tient à un examen superficiel, la paralysie du facial supérieur n'apparait pas. Pour la mettre en évidence il faut user d'artifice.

Longtemps il fut admis dans la science que les muscles du tronc étaient respectés dans l'hémiplégie. Aujourd'hui on sait qu'ils sont atteints, mais à un degré beaucoup moindre que les muscles des membres. Pour dévoiler cette paralysie latente, il a fallu employer le moyen suivant : quand on met le thorax du malade en état d'inspiration maxima et qu'on mesure comparativement les deux moitiés de la cage thoracique, on voit que la moitié qui correspond au côté paralysé est moins développée que celle du côté sain. Si au contraire le malade fait une expiration maxima, la demi-circonférence du côté sain est plus petite que celle du côté paralysé. Donc, du côté paralysé, le thorax se dilate moins dans l'inspiration, et revient moins sur lui-même dans l'expiration ; l'amplitude de ses mouvements est en d'autres termes diminuée. La paralysie incomplète, l'état parétique n'est donc pas niable, et cependant il s'agit de muscles jouissant uniquement des mouvements synergiques.

Si pour le facial supérieur on emploie des procédés analogues, on met facilement en évidence la parésie de ce nerf. Voici comment nous avons procédé sur 30 malades de l'hospice Saint-Jacques, avec la collaboration de MM. Arin et Gautret, internes des hôpitaux, qui ont recueilli nos observations, et que nous remercions de leur précieux concours[1].

[1] Nous sommes heureux de remercier notre excellent collègue et ami Pérochaud de l'amabilité extrême avec laquelle il nous a accueilli dans son service et permis d'utiliser les vieillards-femmes hospitalisées dans ses salles. Qu'il reçoive l'assurance de notre bien cordiale reconnaissance !

En examinant avec soin le malade, en se plaçant bien en face de lui, surtout à une petite distance, on note assez souvent une différence de position des deux sourcils ; parfois les rides du front ne seront pas semblables des deux côtés. Mais pour se rendre mieux compte de différences à peine sensibles, un point de repère est indispensable : nous avons choisi l'angle externe et inférieur de la base de l'orbite. Cet angle inféro-externe est toujours facilement perceptible sous les téguments. Formé par l'os malaire, et situé à la rencontre des bords inférieur et externe de la base de l'orbite, il est toujours parfaitement net et arrête du premier coup le doigt qui le recherche. Fixant l'index sur l'angle externe de chaque orbite, il est facile de noter les différences de positions les plus petites des sourcils et de relever l'écartement qui sépare la queue du sourcil de cet angle, et la direction plus ou moins couchée du sourcil par rapport au bord externe de l'orbite. Des nuances imperceptibles à l'examen direct seront ainsi mises en lumière.

La fermeture isolée d'un œil est parfois impossible chez des individus sains. Mais comme le fait remarquer Pugliese, cette impossibilité est beaucoup plus fréquente chez les hémiplégiques. Pour éviter toute cause d'erreur nous avons éliminé systématiquement tous les hémiplégiques dont l'état mental était trop affaibli pour obtenir des renseignements précis sur leur état ancien et permettre un examen sérieux de leur état actuel. Aux autres nous avons demandé s'ils étaient chasseurs, s'ils avaient été soldats, si jadis ils pouvaient isolément fermer chaque œil. Nous n'avons utilisé que les cas où les renseignements étaient suffisamment précis.

Quand le malade fait exécuter des mouvements aux muscles innervés par le facial supérieur, ce n'est pas seulement à l'existence même du mouvement qu'il faut s'attacher ; il faut en étudier tous les caractères : est-il aussi étendu du côté paralysé que du côté sain ? est-il aussi rapide ? le mouvement s'accomplit-il d'une façon régulièrement progressive ou au contraire par saccades ? Quand le malade laisse ses muscles frontaux au repos ou s'il contracte les muscles du facial supérieur des deux côtés on peut, en soulevant le sourcil avec le pouce d'une secousse brusque, se rendre compte de l'état de tonicité et de force des muscles des deux côtés et noter parfois des différences appréciables. Le malade tenant les

yeux fermés et résistant, on cherche à relever la paupière supérieure : la résistance n'est pas la même d'un côté et de l'autre. Ce sont toutes ces recherches que nous avons pratiquées chez 30 de nos malades hémiplégiques et dont nous allons exposer les résultats.

OBSERVATION I. — T... Jacques, soixante-douze ans ; hémiplégie droite remontant à six ans, presque complètement guérie ; il n'existe plus du côté des membres droits que de la diminution de la force musculaire, mais tous les mouvements sont possibles, bien que plus faibles. Léger mouvement de faux de la jambe droite. Les réflexes rotuliens sont à peine exagérés.

Le pli naso-génien droit est abaissé et très légèrement diminué de profondeur. Les commissures buccales sont placées sur le même plan horizontal : la langue est déviée à droite ; le malade peut siffler. La paralysie du facial inférieur est donc peu marquée. De même pour le facial supérieur qui est pour ainsi dire indemne. Les rides du front sont égales des deux côtés ; les sourcils occupent la même position ; leur résistance aux mouvements passifs est égale ; les sourcils se relèvent et se baissent également bien ; le malade ferme isolément chaque œil. Le seul fait à noter est que la fente palpébrale droite est un peu plus grande que la gauche.

OBSERVATION II. — H... Jules, soixante-dix-sept ans. Hémiplégie gauche remontant à un an, très accentuée aux membres supérieur et inférieur.

La joue gauche est flasque, la commissure gauche abaissée ; la langue n'est pas déviée, le malade ne peut pas siffler. Les rides du front sont égales des deux côtés ; les sourcils sont placés sur le même plan horizontal ; la fente palpébrale gauche est plus petite que l'autre. Le malade relève également bien les sourcils des deux côtés, et ferme isolément l'un et l'autre œil.

OBSERVATION III. — C... M..., soixante-huit ans. Hémiplégie droite avec aphasie à soixante-cinq aus. Paralysie prédominante sur le membre inférieur ; contracture avec exagération des réflexes. Diminution de la sensibilité sous tous les modes, surtout au membre inférieur.

A première vue, la face ne présente rien d'anormal ; mais quand le malade parle ou quand il veut siffler, on s'aperçoit que la bouche se dévie du côté gauche. Le malade est d'ailleurs dans l'impossibilité de siffler. La langue n'est pas déviée. Les rides du front sont semblables des deux côtés ; les sourcils sont sur le même plan ; des deux côtés la queue du sourcil est à égale distance de l'angle inféro-externe de l'orbite. La fente palpébrale droite est cependant un peu plus petite que celle du côté opposé. L'élévation des

sourcils se fait aussi facilement d'un côté que de l'autre. Le malade peut fermer isolément l'œil gauche, mais pas l'œil droit. Il ne peut aussi l'ouvrir isolément.

Observation IV. — S..., âgée de cinquante-cinq ans. Hémiplégie droite survenue progressivement vers l'âge de vingt-cinq ans. Hémiplégie prédominante sur le membre supérieur. Sensibilité intacte. Réflexes tendineux exagérés.

La face est très peu touchée. La malade n'aurait jamais présenté de troubles de la parole. Cependant la commissure buccale droite est un peu abaissée ; quand la malade parle, la commissure gauche est plus tirée que la droite. Pas de déviation de la langue. Donc très légère atteinte du facial inférieur. Le facial supérieur est à peine touché. La malade exécute tous les mouvements, à volonté, sans aucune différence d'un côté à l'autre. Cependant, les rides du front sont peut-être un peu plus marquées à gauche qu'à droite. La malade peut fermer isolément l'un et l'autre œil, mais elle le fait plus facilement et plus complètement pour l'œil gauche que pour l'œil droit. L'œil droit est un peu plus ouvert que le gauche.

Observation V. — Ch..., veuve T..., cinquante-cinq ans, frappée d'hémiplégie droite à cinquante-trois ans. Aphasie motrice en voie d'amélioration. Paralysie prédominante dans le membre supérieur; diminution et retard de la sensibilité. Contracture avec exagération des réflexes.

Le facial inférieur est à peine touché ; la déviation ne se découvre que quand la malade parle. La pointe de la langue se dévie légèrement à droite. Le facial supérieur est atteint au prorata. Les rides du front sont moins marquées à droite ; la queue du sourcil droit, par rapport à l'angle inféro-externe de l'orbite, est un peu plus basse que le gauche et la fente palpébrale est un peu plus petite.

Observation VI. — B..., veuve Le R..., soixante-seize ans, frappée d'hémiplégie gauche depuis sept ans, à prédominance sur le membre supérieur. Contracture.

Le facial inférieur gauche est paralysé. La commissure gauche est abaissée, le sillon naso-génien moins accentué, la langue se dévie à gauche. Les rides du front sont égales des deux côtés, mais le sourcil gauche est un peu abaissé par rapport au sourcil droit. Pas de signe de Revillod.

Obervation VII. — M... Jean-Pierre, quatre-vingt-trois ans, attaque d'apoplexie il y a trois semaines. L'hémiplégie gauche, état subcomateux. Le facial inférieur est paralysé ; la langue est deviée à gauche ; le pli naso-génien gauche est abaissé et effacé. Le facial supérieur est aussi touché : la paupière supérieure gauche est plus

tombante que la droite; les rides frontales du côté gauche sont attirées en bas.

Observation VIII. — B..., femme Q..., soixante-cinq ans. Hémiplégie droite : première attaque il y a dix-neuf ans. Deux ans apres, nouvelle attaque. Amélioration.

La commissure buccale droite est abaissée, mais légèrement : quand la malade parle, la joue droite est soulevée par l'air expiré; la langue est déviée vers le côté droit. Les deux sourcils sont sensiblement sur le même plan, les rides sont à peu près égales des deux côtés. La malade ferme facilement et avec force l'œil gauche, mais elle ne peut pas fermer complètement l'œil droit : Il persiste malgré ses efforts une légère fente. Elle ne peut l'ouvrir isolément.

Observation IX. — G...Françoise, soixante-trois ans. Hémiplégie gauche avec hémianesthésie totale pour le tact et la douleur, incomplète pour le chaud et le froid.

Le facial inférieur est paralysé. La bouche est tirée à droite, le pli naso-génien est plus marqué du côté droit; la langue est déviée à gauche. Pas de troubles de la déglutition. Le facial supérieur est beaucoup moins touché. La queue du sourcil est plus abaissée sur le rebord de l'orbite à gauche qu'à droite. Pas de signes de Revillod.

Observation X. — P... Etienne, soixante-six ans, est frappé en juillet 1897 d'hémiplégie droite, qui depuis cette époque va en s'améliorant surtout du côté du membre inférieur.

La joue droite est tombante ; la commissure buccale droite est abaissée, le voile du palais est légèrement tombant à droite ; le malade peut siffler. Le facial supérieur est peu touché : les rides du front sont sensiblement égales des deux côtés, la queue du sourcil droit est plus abaissée que la gauche ; les mouvements des sourcils sont égaux et symétriques des deux côtés. Le malade ne peut fermer isolément l'œil droit, mais cela n'a aucune valeur car le malade affirme qu'avant sa paralysie il était incapable de le faire.

Observation XI. — B..., femme R..., quarante ans. Hémiplégie droite syphilitique survenue à trente-un ans. Contracture très accentuée.

Le facial inférieur droit est paralysé. La commissure labiale de ce côté est abaissée ; le pli naso-génien gauche est plus accentué que le droit. Quand la malade parle et surtout quand elle rit, sa bouche se dévie vers la gauche, ainsi que l'extrémité du nez. Le facial supérieur n'est pas indemne. Le front est plus lisse à droite au repos; quand le malade fronce les sourcils, les rides s'accusent moins à droite Le sourcil droit est abaissé par rapport au gauche,

environ d'un demi-centimètre, Pas de signe de Revillod. Chez cette femme la corde vocale droite est paralysée.

Observation XII. — G... Félicité, cinquante-un ans, atteinte à quarante-un ans d'hémiplégie gauche, encore aujourd'hui très accentuée aux membres supérieur et inférieur ; troubles de la sensibilité, contracture, exagération des réflexes.

La paralysie faciale serait, au dire de la malade, beaucoup moins accentuée aujourd'hui que jadis La commissure buccale droite est plus élevée que la gauche ; la déformation est surtout accentuée quand la malade parle : les plis de la face du côté droit sont alors beaucoup plus accentués que du côté gauche. Le facial supérieur est aussi touché. Les sourcils sont au même niveau, mais les rides sont beaucoup plus accentuées du côté droit du front au repos, et surtout quand la malade ferme ou élève les sourcils. La malade ferme isolément l'œil droit et ne peut le faire pour l'œil gauche. Elle peut ouvrir isolément l'un et l'autre œil, mais avec plus de difficulté et plus lentement pour l'œil gauche.

Observation XIII. — B..., veuve S..., soixante-six ans. Hémiplégie droite remontant à dix-huit mois. Contracture surtout au membre supérieur qui est de beaucoup le plus atteint.

Paralysie du facial inférieur. La commissure buccale droite est abaissée; le pli naso-génien est moins profond; la langue est déviée à droite ; la malade a d'ailleurs de la peine à la sortir de la bouche et ne lui fait guère dépasser les arcades dentaires. Troubles de la déglutition. Le facial supérieur est intéressé. Les rides du front du côté gauche sont beaucoup plus accusées que du côté droit. Du côté droit la queue du sourcil est plus rapprochée de 'angle inféro-externe de l'orbite que du côté gauche. La malade n'a jamais pu, même avant son attaque de paralysie, fermer un œil isolément.

Observation XIV. — M..., veuve H..., cinquante-cinq ans, frappée vers quarante ans, d'hémiplégie droite, prédominante sur le membre supérieur. Contracture. Pas de troubles de la sensibilité.

Le facial inférieur droit est paralysé. La bouche est inclinée et abaissée vers le côté droit ; le pli naso-génien est exagéré; la face semble tirée vers la gauche. Le facial supérieur droit est manifestement paralysé. Le sourcil gauche est sur un plan plus élevé que le droit, d'environ un demi-centimètre. Quand on dit à la malade de froncer les sourcils ou de les élever, on voit que le champ d'excursion du côté droit est très limité par rapport au côté gauche.

Observation XV. — R... Joséphine, cinquante ans. Hémiplégie

gauche en janvier 1896. Contracture très accentuée surtout au membre inférieur; paralysie prédominante au membre supérieur. Crises de larmes involontaires, spasmodiques quand on l'interroge.

Paralysie du facial inférieur gauche. La commissure buccale gauche est abaissée ; le pli naso-génien est effacé ; la langue est deviée à gauche. Le facial supérieur est également pris. La queue du sourcil gauche est plus abaissée que la queue du sourcil droit. Le champ d'excursion du sourcil droit est plus étendu que celui du sourcil gauche. La malade ferme isolément l'œil droit mais pas l'œil gauche : elle affirme, d'ailleurs, que jamais elle n'a pu le faire.

Observation XVI.—L... Louis, était déjà hospitalisé dans le service comme atteint de ramollissement cérébral avec gâtisme, quand il fut frappé subitement d'une attaque d'apoplexie, qui le rendit hémiplégique droit et aphasique moteur. Le facial inférieur droit est paralysé ; le facial supérieur est aussi atteint. La fente palpébrale droite est plus petite que la gauche. Le sourcil droit se relève bien ; mais il se relève moins vite que le gauche et monte par secousses.

Observation XVII. — G... Jean-Yves, soixante-un ans ; frappé d'hémiplégie droite à cinquante-six ans. Amélioration de l'hémiplégie, qui est encore très accentuée, avec contracture, et perversion de la sensibilité. Aphasie motrice.

La joue droite est flasque et tombante, la commissure buccale abaissée de ce côté, les rides sont moins profondes à droite. Le malade est dans l'impossibilité de siffler. Légère déviation de la langue à droite. Le facial supérieur est pris. Les rides du front sont, en effet, presque effacées à droite; la fente palpébrale est plus petite de ce côté ; la queue des sourcils occupe sensiblement de deux côtés la même position et est à la même distance de l'angle inféro-externe de chaque orbite. Le sourcil droit s'élève moins vite et moins haut que le gauche ; de même il s'abaisse moins vite et moins bas. Son champ d'excursion est donc limité. Le malade ferme isolément l'œil gauche et ne peut le faire du côté droit ; il ne peut ouvrir l'œil droit isolément.

Observation XVIII. — G..., soixante-sept ans, atteint depuis 1888 d'hémiplégie gauche avec contracture prédominant sur le membre supérieur.

Paralysie nette du facial inférieur gauche. Les rides du front sont semblables des deux côtés ; la queue du sourcil gauche est plus basse que l'autre. La fente palpébrale gauche est plus petite que celle du côté opposé. Le sourcil gauche se baisse et se lève moins vite que le droit. Aucun des deux yeux ne peut se fermer isolément.

Observation XIX. — M. M..., quarante-cinq ans. Hémiplégie droite avec aphasie motrice en 1895. En voie d'amélioration. Contracture très accentuée, surtout au bras.

Les traits de la face sont déviés vers la gauche. La commissure buccale gauche est plus élevée que la droite ; le malade ne peut siffler. Le facial supérieur droit est touché. Les rides du front de ce côté ont disparu ; la queue du sourcil gauche est abaissée ; les fentes palpébrales sont sensiblement égales des deux côtés. Le malade peut relever les sourcils et froncer le front. Mais ces mouvements, au lieu d'être progessifs et continus comme à gauche, se font à droite par secousses brusques, par à-coup.

Observation XX. — Le L..., frappé d'hémiplégie gauche en 1896.

La commissure buccale gauche est abaissée ; la joue gauche est tombante et flasque ; la langue est déviée à gauche ; le malade ne peut siffler. Les rides du front sont égales des deux côtés ; les fentes palpébrales sont égales ; la queue du sourcil gauche est plus basse et plus rapprochée de l'angle externe de l'orbite que le sourcil droit. Le sourcil droit se relève et s'abaisse plus vite que le gauche ; son champ d'excursion est aussi plus étendu. Le malade ne peut fermer ni ouvrir isolément l'œil gauche, ce qu'il fait facilement à droite.

Observation XXI. — L..., soixante-trois ans, manœuvre, hémiplégie gauche datant de trois ans, très améliorée.

Le pli naso-génien gauche est légèrement effacé ; les commissures buccales sont sensiblement à la même hauteur ; la langue est très légèrement déviée à gauche. Les rides du front sont égales des deux côtés. Le sourcil gauche est légèrement abaissé par rapport à l'angle inféro-externe de l'orbite ; la fente palpébrale gauche semble plus petite. Le sourcil gauche se relève et s'abaisse moins vite que l'autre. Le malade ne ferme isolément aucun des deux yeux ; il ne pouvait d'ailleurs le faire avant sa paralysie.

Observation XXII. — J... Jean, hémiplégique gauche depuis dix ans. Amélioration progressive.

Le pli naso-génien gauche est abaissé, mais non effacé, peut-être même serait-il plus profond que du côté opposé. La joue gauche est flasque et pendante ; la commissure buccale gauche est plus tombante que la droite et sur un plan inférieur. La langue est très légèrement déviée à gauche. Le malade ne peut siffler. Les rides du front sont effacées à gauche ; la queue du sourcil gauche est peut-être un peu abaissée par rapport à l'angle inféro-externe de l'orbite ; la fente palpébrale gauche est plus petite. Le sourcil gauche remonte moins haut que le droit, il traîne en arrière et s'élève par secousses. Quand les muscles des sourcils sont contractés

ils présentent aux mouvements passifs la même résistance. Le malade ferme isolément l'un et l'autre œil.

OBSERVATION XXIII. — D... Jean-François, quarante-deux ans, paralysé du côté gauche depuis huit ans. Hémiathétose.

La commissure buccale gauche est abaissée, la joue gauche est flasque et tombante. Le pli naso-génien gauche est abaissé et effacé. La langue est déviée à gauche; le malade peut siffler. Les rides du front sont effacées à gauche. La queue du sourcil gauche est abaissée par rapport au rebord orbitaire; les fentes palpébrales sont égales ; le sourcil gauche se lève et s'abaisse par secousses et moins vite que le sourcil droit. La résistance des sourcils aux mouvements passifs est égale des deux côtés. Le malade ferme isolément l'un et l'autre œil.

OBSERVATION XXIV. — Ch... Auguste, soixante-cinq ans. Hémiplégie droite avec aphasie motrice en décembre 1897.

Joue droite flasque et tombante ; le pli naso-génien droit est bien marqué, mais abaissé; la commissure buccale droite est légèrement déviée ; la langue est déviée à droite. Le malade ne peut siffler. Quand il rit, les muscles de la joue droite se contractent brusquement et attirent violemment en arrière la commissure buccale droite. Donc tendance à la contracture dans le territoire du facial inférieur. Les rides du front sont légèrement abaissées à droite, mais elles sont plus marquées que du côté gauche. La queue du sourcil droit est abaissée par rapport à l'angle externe et inférieur de l'orbite. Les fentes palpébrales sont égales. Le sourcil droit semble offrir une plus grande résistance aux mouvements passifs. Ce sourcil se relève moins vite et moins haut, et s'abaisse moins que le gauche. Il se meut aussi par saccades. Le malade, même avant la paralysie, n'a jamais pu fermer isolément un œil.

OBSERVATION XXV. — G... François, soixante-cinq ans. Hémiplégie gauche il y a neuf ans. Amélioration très nette.

La commissure buccale gauche est abaissée ; la joue gauche est pendante et flasque ; le pli naso-génien est abaissé, mais plus profond qu'à droite ; la langue est déviée à droite, le malade ne peut siffler. Les rides du front sont moins marquées à gauche, et plus abaissées ; le sonrcil gauche est très légèrement abaissé ; les fentes palpébrales sont égales ; le sourcil gauche se meut par secousses, il s'élève et s'abaisse moins que le droit, son champ d'excursion est limité. La résistance aux mouvements passifs semble égale des deux côtés. N'a jamais pu fermer isolément un seul œil.

OBSERVATION XXVI. — N... Jeanne, quarante-six ans ; hémiplégie droite, avec hémianesthésie incomplète datant de deux ans.

Paralysie du facial inférieur droit. Le facial supérieur est aussi atteint : la queue du sourcil est plus écartée de l'angle inféro-externe de l'orbite du côté sain que du côté malade. Le champ d'excursion du sourcil droit est limité; en outre, il se meut par saccades. La malade ne peut fermer isolément l'œil droit, tandis qu'elle ferme bien l'œil gauche. Elle peut, bien qu'avec peine et moins facilement qu'à gauche, ouvrir isolément l'œil droit.

Observation XXVII. — M... Louis, soixante-dix ans. Hémiplégie gauche en 1895. Contracture très accentuée des membres.

Le pli naso-génien gauche est abaissé et très peu marqué ; la commissure buccale gauche est abaissée; la langue est déviée à gauche. Le malade ne peut siffler; quand il mange, les aliments s'accumulent entre la joue et le maxillaire gauches. Les rides sont abaissées et moins marquées au côté gauche du front ; la queue du sourcil est plus rapprochée à gauche qu'à droite, de l'angle inféro-externe de l'orbite. Le sourcil gauche exécute ses mouvements d'abaissement et d'élévation moins rapidement et sur un champ moins étendu que le droit; contracté, le sourcilier gauche est moins épais et moins résistant que le droit. Le malade ne peut fermer isolément l'œil gauche, ce qu'il faisait bien avant son hémiplégie. Il ne peut aussi l'ouvrir isolément.

Observation XXVIII. — M... Florent, soixante-deux ans, a été frappé d'hémiplégie droite avec aphasie motrice en 1896. Contracture très accentuée, surtout au membre supérieur. Marche très péniblement et en fauchant.

Le pli naso-génien droit est abaissé et effacé ; la commissure buccale droite est abaissée ; la langue est légèrement déviée à droite ; le malade ne peut pas siffler. Les rides du front sont abaissées du côté droit ; la queue du sourcil droit est abaissée ; la fente palpébrale est rétrécie du même côté ; le sourcil est moins épais et plus flasque à droite. Le sourcil droit se relève moins vite et moins haut que de l'autre côté ; il s'abaisse aussi plus lentement que le gauche ; en outre, il se meut par saccades. Cet homme n'a jamais pu, même avant sa paralysie, fermer un œil isolément.

Observation XXIX. — R..., femme R..., cinquante-cinq ans. Début de l'hémiplégie gauche à quarante-sept ans. Contracture très accentuée. Mouvements du bras presque totalement abolis ; ne peut marcher qu'à l'aide d'une chaise.

Paralysie du facial inférieur gauche avec tendance à la contracture ; la bouche au repos est déviée vers la droite. Secousses brusques dans les muscles du côté gauche quand le malade parle ou rit. Le facial supérieur gauche semble contracturé : Les rides sont plus accentuées de ce côté, le sourcil est relevé et presque

immobilisé. La malade ne peut fermer isolément ni l'œil droit ni l'œil gauche.

Observation XXX. — A... Louis, soixante-huit ans, entre à l'infirmerie de l'hospice pour une légère atteinte de grippe. On s'aperçoit alors qu'il présente une déviation manifeste de la face dont il ne s'était pas encore aperçu. Il affirme d'ailleurs que jusqu'à ces derniers jours la déviation qu'on lui fait constater n'existait pas. Depuis quelques jours, nous dit-il, il souffrait de vertige, de céphalalgie, et depuis trois jours il a de la difficulté à articuler certains mots.

Etat actuel : Le pli génio-nasal gauche est presque effacé, la joue gauche tombante; la commissure buccale gauche est tombante, la droite relevée ; toute la partie inférieure de la face semble attirée vers la droite. La langue est déviée du côté gauche. Le voile du palais est étendu à gauche, affaissé, et la luette est déviée vers la droite. Le malade ne peut siffler, ce qu'il faisait bien jadis. Les rides sus-orbitaires et frontales sont abaissées à gauche, et sont moins profondes de ce côté. La queue du sourcil gauche est plus rapprochée de l'angle inféro-externe de l'orbite que la queue du sourcil droit. Les fentes palpébrales sont sensiblement égales. Le malade abaisse et élève facilement les sourcils, mais le mouvement s'exécute moins vite à gauche : le sourcil gauche traîne et retarde sur le sourcil droit. La résistance des sourcils aux mouvements passifs est moindre à gauche qu'à droite. Le malade ferme isolément l'un et l'autre œil.

Pas de troubles de motilité ni de sensibilité des membres, mais exagération manifeste du réflexe radial et du réflexe rotulien du côté gauche. Sensibilité intacte. Dysarthrie : le malade trouve facilement tous les mots, mais accroche pour articuler certains mots.

Les observations que nous venons de rapporter vont à l'encontre de la théorie admise par tous les classiques, et affirment au contraire le résultat des recherches de Duplay, Simoneau, Coingt et Pugliese. Loin d'être l'exception, la paralysie du facial supérieur est la règle dans l'hémiplégie cérébrale vulgaire. Dans tous les cas d'hémiplégie que nous avons observés et où le facial inférieur était touché, le facial supérieur était aussi atteint; plus ou moins d'ailleurs, suivant les cas : tantôt presque indemne, tantôt nettement frappé, suivant l'état du facial inférieur. Quand le facial inférieur est presque respecté, quand les muscles innervés par ce nerf jouissent presque de l'intégrité de leurs mouvements, et sont seulement parésiés, le facial supérieur est pour ainsi dire

indemne, et c'est à peine si l'on note dans ces cas une légère différence d'un côté à l'autre malgré tous les artifices. Quand au contraire la paralysie a aboli l'action du facial inférieur, la paralysie du facial supérieur est aussi très nette, et facile à mettre en évidence.

D'ailleurs le degré de paralysie du facial supérieur est toujours beaucoup inférieur à celui de la paralysie du facial inférieur. A cela rien d'étonnant. Il s'agit là de l'application particulière de la loi générale bien connue de Broadbent et et Charcot : dans l'hémiplégie les muscles des mouvements associés sont affectés à un degré beaucoup moindre que les muscles à mouvements asynergiques. Les muscles innervés par le facial supérieur sont des muscles essentiellement synergiques. Pour la plupart des individus il est impossible de froncer un seul sourcil, de relever et rider le front d'un seul côté. Le seul mouvement asynergique qui dépende du facial supérieur est la fermeture et l'ouverture isolée d'un œil, et encore beaucoup d'individus ne peuvent-ils exécuter ce mouvement. Rien d'étonnant donc à ce que les muscles du facial supérieur soient relativement respectés dans l'hémiplégie, au même titre que les muscles du tronc par exemple. Pour tous ces muscles la paralysie existe, mais atténuée et pour ainsi dire latente.

En tout cas, cette paralysie du facial supérieur dans l'hémiplégie cérébrale n'est pas aussi intense que celle que l'on observe dans la paralysie faciale périphérique. Ici le facial supérieur est paralysé au même degré que le facial inférieur ; dans l'hémiplégie cérébrale il y a une différence considérable dans l'intensité des troubles moteurs. Et si, à notre avis, on ne peut plus parler d'intégrité réelle du facial supérieur dans l'hémiplégie cérébrale, il existe bien cependant une intégrité relative, intégrité relative telle qu'elle garde toute sa valeur pour le diagnostic différentiel de la paralysie faciale centrale et de la paralysie périphérique.

Latente, la paralysie du facial supérieur est masquée par la déformation des traits inférieurs de la face. Elle ne saute pas aux yeux, il faut la mettre en lumière. Voici comment les faits se sont présentés à notre observation.

Le phénomène le plus net est l'abaissement du sourcil du côté paralysé. Nous l'avons observé dans la plupart des cas. Parfois cet abaissement est tel qu'il frappe au premier abord ;

d'autres fois, il est peu apparent, il faut le rechercher. Le sourcil a perdu en partie sa courbe normale ; sa partie centrale s'est affaissée, de sorte que sa direction générale tend à se rapprocher de la ligne droite. La queue du sourcil s'est rapprochée considérablement du rebord orbitaire et si l'on prend comme point de repère la distance qui sépare l'angle inféro-externe de l'orbite (toujours très facile à déterminer) de la queue du sourcil, on sent que la queue du sourcil vient du côté paralysé presque au contact de ce point, tandis que du côté sain elle en est distante parfois d'un demi-centimètre. Ce moyen nous a permis à plusieurs reprises de mettre en lumière un affaissement du sourcil qui n'apparaissait pas au premier examen. Cet abaissement du sourcil est un des signes les plus constants de la paralysie du facial supérieur.

Les rides du front sont effacées, moins profondes du côté paralysé ; la peau est plus lisse et moins rugueuse ; dans leur ensemble la courbe des rides est aussi affaissée, plus tendue, plus rapprochée de la ligne droite.

Le malade peut le plus souvent froncer simultanément les deux sourcils, il peut simultanément élever les sourcils. Mais quand on examine avec soin le côté paralysé pendant ces mouvements on est frappé de ceci : le mouvement commence plus vite du côté sain que du côté paralysé ; le sourcil du côté paralysé se meut plus lentement que le sourcil du côté sain ; au lieu de s'élever d'une façon continue progressive, il s'élève par secousses, par à-coups ; il traîne et est en retard sur celui du côté opposé ; enfin il s'arrête plus bas que celui du côté opposé. Si l'on ordonne au malade d'abaisser les sourcils autant que possible, les mêmes phénomènes se reproduisent, et le sourcil paralysé s'arrête plus haut que du côté sain. Le champ d'excursion du sourcil paralysé est donc moins étendu que du côté sain. Il y a là un phénomène absolument identique à celui que l'on observe dans les muscles du tronc du côté paralysé.

Pour mieux mettre en évidence cette contraction du muscle par secousses et cette diminution d'amplitude du champ d'excursion, il suffit de faire répéter au malade, sans interruption, une série de mouvements d'abaissement et d'élévation des sourcils. Du côté paralysé, la fatigue arrive vite, exagérant les à-coups dans la contraction, le retard du mus-

cle paralysé sur son congénère et la différence d'amplitude des mouvements des muscles des deux côtés.

Quand les sourcils sont au repos ou en contraction, si avec le pouce on cherche par une secousse brusque à se rendre compte de leur état de tension, on reconnaît que du côté paralysé les muscles sont flasques, moins tendus, moins résistants (Legendre).

La perte de l'occlusion isolée de l'œil, du côté sain, ne nous a pas paru aussi fréquente qu'à Simoneau et Pugliese. Cependant quand il existe, ce symptôme a une grande valeur. Mais il faut s'entourer de certaines précautions. Nombreux sont les individus qui normalement ne peuvent fermer isolément un œil. Il faut donc s'enquérir avec soin auprès du malade pour savoir si jadis, avant sa paralysie, il pouvait fermer un œil isolément. Il ne faudra tenir compte que des cas où le malade sera très affirmatif à cet égard. A défaut de ces renseignements, même quand le malade ferme à volonté l'œil du côté sain, et ne peut en faire autant du côté malade, le signe de Revillod n'a pas une valeur absolue. Nous avons vu des individus normaux qui pouvaient fermer isolément un œil et pas l'autre. Il y a donc là une cause d'erreur qu'il faudra éviter. Quoi qu'il en soit, le signe de Revillod mérite d'être recherché, et dans certains cas, quand le malade a perdu la faculté de fermer isolément l'œil du côté paralysé, alors qu'il le faisait jadis, ce sujet est un indice certain de la paralysie du facial supérieur.

Si le malade ne peut fermer isolément l'œil du côté paralysé, il est aussi incapable de l'ouvrir isolément. On fait fermer au malade les deux yeux ; si on lui commande d'ouvrir isolément l'œil du côté sain, il le fait facilement ; du côté paralysé, il est incapable de le faire ou ne le fait qu'avec beaucoup de difficulté. C'est là un symptôme qui nous a semblé avoir une certaine valeur. Clavey[1] a de son côté relevé souvent ce symptôme.

Enfin relevons que dans un cas nous avons observé la contraction secondaire du facial supérieur. Dans ce cas les rides sont plus accentuées du côté paralysé que du côté sain. Le sourcil est relevé, sa courbe est accentuée. Les mouvements d'élévation et d'abaissement du sourcil sont très diminués

[1] Thèse Paris, 1897.

et n'existent pour ainsi dire plus. Ces cas sont de beaucoup les plus rares, et même exceptionnels.

La participation du facial supérieur à l'hémiplégie, son parallélisme avec les troubles du facial inférieur viennent combattre la conception du noyau du facial supérieur isolé au pli courbe (Exner, Paneth, Landouzy, Dieulafoy). Les expériences de Ferrier, Bartolow, Sciammana; certains cas d'épilepsie jacksonnienne (Weiner, Hitzig, Féré, Marfan, etc.) permettaient de supposer que ce centre était à la zone psychomotrice, tout près du centre du facial inférieur. Plusieurs autopsies le démontrent. Hervey [1] observe un aphasique, atteint d'hémiplégie faciale avec participation de l'orbiculaire des paupières. L'autopsie montre un foyer de ramollissement sur la troisième frontale, et un second foyer sur le bord antérieur du sillon de Rolando, dans le point où se détache la troisième circonvolution frontale. Dans le cas de Milla [2] la paralysie totale du facial gauche tenait à la destruction du pied de la seconde circonvolution frontale, et du tiers inférieur de la frontale ascendante du côté gauche. Brissaud a observé une femme de 80 ans, frappée deux ans avant d'une hémiplégie droite avec aphasie qui s'amendèrent peu à peu, ne laissant qu'une paralysie faciale droite totale occupant le facial supérieur comme le facial inférieur. L'autopsie montra une « lésion corticale unique, ramollissement jaune, situé dans la région de l'opercule rolandique gauche, juste en arrière de l'opercule frontal. Ce ramollissement gagne dans la profondeur la rigole supérieure de l'insula. Le lobule du pli courbe et le pli courbe étaient sains. Si l'observation qu'on vient de lire devait, en raison de l'exiguité de la localisation, servir de document unique pour la détermination du centre des mouvements de la face chez l'homme, il faudrait conclure que ce centre occupe exactement, sur l'opercule, la portion de l'écorce située juste en arrière de l'extrémité inférieure de la scissure de Rolando ». M. Brissaud considère son observation et les observations analogues comme des exceptions. Nous croyons avoir démontré au contraire que cette participation du facial supérieur est la règle dans l'hémiplégie. Nous avons pu pratiquer l'autopsie

[1] *Société anatomique*, 1874, p. 29.

[2] In Pugliese et Milla, *loco. cit.*

de trois des malades qui ont servi de base à ce travail. L'examen macroscopique des cerveaux a seul été pratiqué ; nous nous proposons de les étudier, après durcissement, en coupes microscopiques sériées et colorées et nous en ferons connaître le résultat. Voici dès maintenant ce que nous a donné l'examen macroscopique.

Le premier cas concerne le nommé M... Pierre-Jean, 83 ans (Obs. VII). Le facial inférieur était paralysé ; la paralysie du facial supérieur se caractérisait par la chute de la paupière et l'abaissement des rides. L'hémisphère droit présentait un large foyer de ramollissement cortical. Ce foyer occupait le pied des deuxième et troisième circonvolutions frontales, et la partie adjacente de la frontale ascendante, l'opercule rolandique et la partie adjacente de la deuxième frontale, le gyrus supermarginalis et la première circonvolution temporale. En arrière le foyer s'arrêtait nettement à la branche ascendante du premier sillon temporal dont la lèvre postérieure était intacte. Le pli courbe ne présente aucune espèce de lésion. Sur la coupe de Flechsig on voit que le ramollissement de la substance corticale et sous-corticale s'étend du pied des circonvolutions frontales à la pariétale inférieure, mais sur cette coupe encore le pli courbe est intact, la lésion s'arrête au premier sillon temporal.

En faveur de la localisation à la zone psycho-motrice, nous pouvons encore invoquer un fait récent. Silva [1] a publié un cas d'épilepsie jacksonienne ; les crises débutaient par le facial supérieur (frontal et orbiculaire), gagnaient le facial inférieur et entraînaient la rotation conjuguée de la tête et des yeux. L'autopsie montre un kyste appoplectique s'étendant du pied de la deuxième frontale gauche jusque sur la pariétale ascendante. En présence de tous ces faits, il nous semble impossible d'accepter l'existence d'un autre moteur cortical pour le facial supérieur localisé ou pli courbe. Tout s'accorde pour démontrer sa non-existence ; rien n'autorise à admettre la dissociation d'origine du facial inférieur et du facial supérieur.

Les deux branches de la septième paire ont un centre commun à l'opercule rolandique. Si l'hémiplégie frappe le facial

[1] *Société médico-chirurgicale* de Paris. Juin 1898. — *Anal. in Revue neurologique*, 1898, p. 786.

inférieur et semble respecter le facial supérieur, ce n'est pas à l'anatomie, mais à la physiologie qu'il faut en demander la raison. Le facial supérieur doit son intégrité apparente à la synergie fonctionnelle des muscles qu'il innerve.

Quel trajet suivent les fibres du facial supérieur dans l'encéphale ? Il est facile de le déduire de ce qui précède. Elles suivent les fibres du facial inférieur dans tout leur trajet. Les autopsies de Chvostek et de Huguenin[1] le démontrent. Chvostek a vu un foyer d'apoplexie du rayon lenticulaire entraîner simultanément la paralysie du facial supérieur et inférieur, évidemment par compression de la capsule interne. Huguenin a trouvé un foyer nécrotique comprenant le lenticulaire, la capsule externe, la capsule interne et la partie externe et inférieure du noyau caudé comme cause d'une hémiplégie avec paralysie du facial supérieur et inférieur.

Coingt a observé chez le professeur Charcot un hémiplégique avec paralysie du facial supérieur tout entier (orbiculaire, facial, sourcilier) et ptosis. L'autopsie démontra l'existence d'un ramollissement du corps strié, intéressant la partie antérieure de la capsule antérieure.

Nous avons pu pratiquer deux autopsies confirmatives :

La première concerne le nommé L... Louis (Obs. XVI). Ici la paralysie du facial supérieur était assez marquée. Le cortex ne présente aucune lésion, mais sur la coupe de Flechsig nous voyons la lésion suivante : la partie antérieure du noyau lenticulaire est transformée en un kyste à parois ocreuses, qui détruit en même temps tout le segment antérieur. de la capsule interne. Le genou et la partie anterieure du segment postérieur de la capsule interne sont comprimés et grisâtres. L'avant-mur et la capsule interne sont intacts.

Notre dernière autopsie est celle du nommé G... François, soixante-cinq ans[2] (obs. XXV). L'hémiplégie gauche avait rétrocédé ; mais le facial inférieur était nettement paralysé, la langue était déviée. La motilité des muscles des sourcils et du front était nettement altérée. A l'autopsie le cortex de l'hémisphère gauche ne montre aucune lésion. Sur la coupe de Flechsig,

[1] Cité par Pugliese.

[2] Nous remercions notre collègue, le Dr Aubry, qui a bien voulu nous permettre d'examiner et nous confier pour une étude ultérieure le cerveau de cet homme, décédé dans son service.

le noyau lenticulaire montre dans son segment moyen, empiétant un peu sur le segment interne, et au niveau du segment postérieur de la capsule interne un kyste ocreux, vestige d'une ancienne hémorragie. Ce kyste, qui mesure environ un centimètre d'avant en arrière, a comprimé le segment postérieur de la capsule interne et entraîné une tache de dégénérescence dans la partie postérieure du genou de la capsule interne. L'avant-mur, la capsule externe sont absolument normaux.

De même qu'il n'existe qu'un seul centre cortical du facial, de même toutes les fibres qui en partent suivent le même trajet, par le genou de la capsule interne. Le trajet des fibres du facial supérieur par l'anse lenticulaire doit être rejeté Tout le facial forme un seul nerf ayant même origine corticale et même trajet cérébral.

Nous venons de voir les symptômes de la parésie du facial supérieur dans l'hémiplégie. Dans un certain nombre de cas, plus fréquent qu'il ne semblerait au premier abord, le releveur de la paupière supérieure, innervé par le moteur oculaire commun participe à la paralysie. La fente palpébrale est maintenue ouverte par deux forces antogonistes : l'une qui tend sans cesse à fermer l'ouverture palpébrale est représentée par l'orbiculaire des paupières; l'autre qui maintient ouvert la fente palpébrale, le releveur de la paupière. A l'état normal que l'équilibre soit détruit, et les dimensions de l'orifice palpébral varient.

Chez les hémiplégiques, la fente palpébrale du côté paralysé est plus ou moins ouverte suivant les cas. Souvent les deux fentes sont égales et il est impossible de noter la moindre différence entre elles. Assez souvent la fente palpébrale du côté paralysé est plus ouverte que du côté sain. Mais ce qui est plus fait pour surprendre, c'est la diminution de la fente palpébrale du côté paralysé. Au premier abord, il y a là un paradoxe. Dans la paralysie faciale périphérique, l'œil du côté paralysé est largement ouvert et le malade ne peut abaisser sa paupière. Le facial supérieur a perdu toute action sur l'orbiculaire et le moteur oculaire commun agit normalement sur le releveur palpébral dont l'action n'est plus contre-balancée. Pourquoi n'en est-il plus de même dans certains cas d'hémiplégie ? Parfois le rétrécissement de la fente palpébrale du côté hémiplégié est plus

apparent que réel. Quand on examine avec soin les yeux du malade, on se rend parfaitement compte que cet aspect est dû alors à l'affaissement du sourcil du côté paralysé; celui-ci a perdu en partie sa courbe normale, et l'œil par suite de cet abaissement du sourcil, semble rétréci beaucoup plus qu'il ne l'est en réalité. Cependant ce rétrécissement de la fente palpébrale est réel, bien que peu accentué. Nous l'avons relevé dans 8 de nos cas d'une façon nette. Une autre fois nous avons vu la fente palpébrale rétrécie à certains moments, égale à d'autres. Dans ces cas il s'agit évidemment, au point de vue clinique, d'un ptosis d'origine cérébrale.

Sans vouloir refaire ici tout l'historique de cette question, rappelons que la coïncidence d'un ptosis et d'une paralysie faciale chez un hémiplégique a été depuis longtemps signalée. Durand Fardel lui attribuait de la valeur dans la symptomatologie du ramollissement cérébral. Prévost[1] publie six observations de ptosis avec paralysie faciale chez des hémiplégiques; Chouppe[2] relate un cas remarquable où chez un hémiplégique le ptosis s'allie à une paralysie du facial inférieur et du facial supérieur; Pitos[3] a signalé un fait cétèbre de ptosis et paralysie faciale avec lésion cérébrale très combinée; Landouzy[4] a consacré à cette question un chapitre de sa thèse et y est revenu dans un mémoire qui fait époque; Coingt[5] y revient à plusieurs reprises; Blanc[6] traite ce sujet dans sa thèse, ainsi que Surmont[7] et Houeix de la Brousse[8]. Beaucoup d'autres observations sont éparses dans la littérature. Puglire relève le fait; les classiques (Souques in traité Charcot-Bouchard) signalent sa possibilité.

Le fait est même beaucoup plus fréquent qu'on ne l'a dit. Au début de l'hémiplégie, l'abaissement de la paupière supérieure est presque de règle, mais très vite, il disparait; les cas où il persiste sont beaucoup plus rares. Mais je suis

[1] Prévost. Thèse Paris, 1868.

[2] Chouppe. *Société anatomique*, 1874, p. 559.

[3] Pitos. *Progrès médical*, 1876.

[4] Landouzy. Thèse Paris, 1876 et *Archives générales de médecine*, 1877, t. II.

[5] Coingt. Thèse Paris, 1878.

[6] Blanc. Thèse Paris, 1885-1886.

[7] Surmont. Thèse Lille, 1886.

[8] Houeix de la Brousse. Thèse Paris, 1888.

convaincu que si l'on a l'esprit attiré de ce côté et qu'on examine systématiquement à ce sujet tous les hémiplégiques que l'on pourra suivre dès le début de leur affection, ce symptôme apparaîtra comme très fréquent. Il peut exister isolément; des observations avec autopsie en font foi ; mais dans l'immense majorité des cas il accompagne la paralysie du facial.

Comment peut on expliquer ce symptôme. Pour M. Brissaud le rétrécissement de la fente palpébrale n'a d'autre explication plausible que la paralysie même de l'orbiculaire : « De même que dans la paralysie radiale, les muscles fléchisseurs, innervés par le médian, se contractent avec moins d'énergie, de même, dans la paralysie de l'orbiculaire, le releveur de la paupière est insuffisant. Le défaut de tonicité de l'orbiculaire prive celui-ci du point d'appui nécessaire pour conserver à la fente palpébrale sa largeur ordinaire. Il ne s'agit donc pas d'une incapacité fonctionnelle réelle, mais d'une incapacité relative et en tous cas apparente. Les faits de cet ordre loin d'être exceptionnels relèvent d'une loi générale, applicable à toutes les conditions normales ou pathologiques de l'antagonisme musculaire. »

Nous ne saurions admettre cette manière de voir. La comparaison avec ce qui se passe dans la paralysie radiale est inexacte. Ici les extenseurs sont paralysés ; les fléchisseurs, débarrassés de leurs antagonistes, rapprochent leurs deux points d'insertion, et c'est pour cela qu'ils se contractent avec moins d'énergie. Dans la paralysie de l'orbiculaire, si l'assimilation était exacte, le releveur palpébral, privé de son antagoniste, devrait rapprocher ses deux extrémités, c'est-à-dire élargir la fente palpébrale, de même que dans la paralysie radiale les fléchisseurs, non contre-balancés par les extenseurs, fléchissent le poignet ; il est impossible de comprendre comment un muscle releveur de la paupière, privé de son antagoniste, l'orbiculaire, agit dans le sens contraire à son action propre et dans le sens de son antagoniste. La comparaison est donc inadmissible.

Une autre raison s'oppose à ce que l'hypothèse de M. Brissaud puisse être admise : c'est l'état de la fente palpébrale dans la paralysie faciale périphérique. Ici la fente palpébrale est toujours élargie, plus grande du côté paralysé que du côté sain, et le malade est dans l'impossibilité de fermer

l'œil paralysé. Or, dans la paralysie faciale périphérique, la paralysie de l'orbiculaire est complète, absolue ; le releveur de la paupière est privé de tout antagonisme, de tout point d'appui, le releveur devrait donc se contracter dans ce cas, si la théorie de M. Brissaud était exacte, avec encore moins d'énergie ; et la paupière devrait être tombante. Or, c'est le contraire qui existe. Le releveur privé de son antagoniste, comme les fléchisseurs dans la paralysie radiale, rapproche ses deux extrémités et dans le cas actuel relève la paupière et augmente la fente palpébrale. L'hypothèse de M. Brissaud, malgré son analogie apparente, si séduisante au premier abord, n'est pas admissible et ne résiste pas à une critique sévere des faits.

En fait il existe que dans la paralysie faciale périphérique la fente palpébrale est toujours élargie et que dans certains cas de paralysie faciale centrale elle peut être diminuée, rétrécie.

Quelle différence y a-t-il entre les deux cas? Dans l'un, la lésion est périphérique ; elle a frappé exclusivement le nerf facial, respectant les autres nerfs moteurs de la face. Dans l'autre, il s'agit d'une lésion centrale, ayant frappé les centres d'origine de tous les nerfs d'une moitié du corps. Le moteur oculaire commun, bien que ne jouissant que de mouvements synergiques, est un nerf volontaire ; par suite il a une représentation corticale. Pourquoi ce centre cortical ne serait-il pas atteint par la lésion qui donne l'hémiplégie au même titre que celui du facial supérieur, et moins encore que ce dernier puisque celui-ci possède quelques mouvements asynergiques, tandis que le moteur oculaire ne jouit que de mouvements synergiques ? Nerf synergique, le moteur oculaire conserve l'intégrité complète de ses mouvements volontaires ; mais sa tonicité, par suite de la lésion centrale, est diminuée du côté paralysé et sa prédominance d'action sur le facial supérieur parésié est diminuée. Par son action synergique, le moteur oculaire opposé supplée son homologue du côté paralysé pour tous les mouvements synergiques des yeux ; mais celui du côté hémiplégié sera amoindri dans son action, et diminué dans sa tonicité, d'où moindre relèvement de la paupière. En comparant le rétrécissement de la fente palpébrale dans l'hémiplégie avec l'élargissement de la fente palpébrale dans la paralysie faciale périphérique, il

est impossible d'expliquer cette contradiction paradoxale, si on n'admet pas que la lésion cérébrale a frappé le centre originel du moteur oculaire. En résumé la lésion cérébrale paralyse du même coup toute la moitié du corps; complètement les muscles des membres dont les mouvements sont asynergiques, moins complètement le facial inférieur dont les mouvements sont au moins autant synergiques que asynergiques, très incomplètement le facial supérieur comme les muscles du tronc dont les mouvements sont essentiellement synergiques, bien qu'on puisse les faire agir asynergiquement, et diminue simplement la tonicité du moteur oculaire commun dont presque tous les mouvements sont synergiques. Nous rentrons ainsi dans la grande loi générale de Broadbent et Charcot, qui veut que l'hémiplégie respecte relativement les muscles à mouvements associés. D'autres symptômes font encore admettre la participation du moteur oculaire commun à la paralysie. Souvent (thèse Coingt) on voit signalée l'inégalité pupillaire ; fréquente est la coïncidence de la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Exceptionnellement même on a vu une paralysie de l'œil.

La participation du moteur oculaire commun à l'hémiplégie n'est pas fatale dans tous les cas. Quand la fente palpébrale est plus largement ouverte du côté paralysé, c'est que la paralysie a frappé davantage l'orbiculaire et que le releveur de la paupière supérieure est ou indemne ou peu touché. Le ptosis, par contre, indique qu'il y a prédominance d'action de l'orbiculaire des paupières, et que par suite le releveur de la paupière est plus paralysé que l'orbiculaire. Le moteur oculaire commun ne présente qu'un seul muscle dont les mouvements ne soient pas absolument synergiques. Les globes oculaires fonctionnent toujours simultanément, jamais isolément; leur intégrité n'a donc rien d'extraordinaire. Par contre, le releveur de la paupière supérieure est relativement asynergique, tout au moins chez certains individus qui peuvent, les deux yeux étant fermés, ouvrir isolément chaque œil. On comprend donc pourquoi la parésie de la troisième paire se manifeste seulement sur le releveur de la paupière et encore chez certains individus seulement.

Comment le moteur oculaire commun peut-il être atteint par la lésion ? Nous ne voulons pas faire ici toute la discussion de la localisation corticale du ptosis que l'on trouvera

dans la thèse de Surmont (Lille, 1886). Rappelons seulement que Charcot et Pitres, de la critique judicieuse des observations concluent que toute tentative de localisation du centre du moteur oculaire commun est encore prématurée (1895) et que si certaines observations tendent à le placer au pli courbe, d'autres nombreuses contredisent à cette localisation et le feraient placer plutôt à la zone psychomotrice, à la partie inférieure des circonvolutions ascendantes.

Bosco le place au-devant du centre du bras, au-dessus de celui de la face. Nos recherches cliniques nous inciteraient à admettre cette opinion. Depuis notre communication à la *Société de Biologie* (9 juillet 1898), Hartley Bunting [1] d'un travail sur ce sujet conclut que le releveur de la paupière supérieure possède un centre situé dans l'extrémité postérieure de la deuxième circonvolution frontale, au-dessus et avant du point où le place Bosco, un peu plus bas que celui où Terrier l'indique. Ce centre en résumé serait très voisin de celui de la face dont il fait en quelque sorte partie.

Depuis que ce travail a été donné à l'impression, nous avons pu observer quatre nouveaux faits, qui confirment tout à fait nos premières recherches et que nous avons communiquées au Congrès de neurologie d'Angers.

Il nous reste à dire un mot de l'époque d'apparition et de l'évolution des paralysies du facial supérieur et du moteur oculaire commun chez les hémiplégiques.

Ces paralysies sont très fréquentes, nous n'osons dire constantes, au moment de l'apoplexie; elles se montrent quand le facial inférieur est touché et jamais quand il est indemne.

Très vite elles s'améliorent, conformément à la loi de Broadbent et Charcot. Il est exceptionnellement rare de voir la paralysie du facial supérieur et du moteur oculaire commun persister à un degré très accentué ; le plus souvent il s'agit d'une parésie plus ou moins latente qu'il faut rechercher et mettre en évidence.

A mesure que l'hémiplégie guérit et surtout quand le facial inférieur guérit, l'amélioration se fait rapide du côté du facial supérieur et du releveur de la paupière supérieure. Celui-ci reprend le premier l'intégrité de ses mouvements ; le facial supérieur peut aussi reprendre toute son intégrité

[1] Lancet, 20 août 1898. *Anal. in Presse medicale*, 1898, II, p. 324.

au bout d'un certain temps ; c'est ce qui explique les différentes opinions des auteurs et comment on a pu soutenir qu'il échappait toujours à la paralysie.

Conclusions. — 1° Dans toute hémiplégie d'origine cérébrale, la paralysie du facial supérieur est de règle toutes les fois que le facial inférieur est lui-même paralysé.

2° Cette paralysie du facial supérieur est toujours beaucoup moins accentuée que celle du facial inférieur ; elle est aussi beaucoup moins accentuée que dans la paralysie faciale périphérique.

3° Dans l'hémiplégie, la paralysie du facial supérieur est pour ainsi dire latente et demande à être recherchée.

4° Le rétrécissement de la fente palpébrale du côté paralysé ne peut s'expliquer que par la participation du moteur oculaire commun à la paralysie.

5° L'intégrité relative du facial supérieur et surtout du moteur oculaire commun ne tient pas à une disposition anatomique, isolant ces nerfs de la zone pychomotrice ; elle se déduit physiologiquement du mode d'action synergique de ces nerfs.

6° Le facial supérieur a le même centre cortical ou un centre très voisin du facial inférieur. Les centres corticaux du facial supérieur et du releveur de la paupière supérieure sont placés dans la zone psychomotrice.

PATHOLOGIE MENTALE.

LES MÉLANCOLIQUES.

(ÉTUDE CLINIQUE) ;

Par le Dr ALEX. ATHANASSIO,
Ancien chef de clinique mentale.
Médecin adjoint à l'hospice d'Aliénés Marcoutza (Bucarest).

Dans un asile d'aliénés les mélancoliques forment un groupe à part de malades par l'aspect clinique, l'attitude et

les allures bien caratéristiques qu'ils présentent; leur pronostic offre des considérations propres quant à la guérison; le traitement mérite une attention sévère et continuelle.

Leur attitude, leurs mine, faciès et regard les font facilement distinguer des autres aliénés. — En effet, nous n'avons pas ici l'air hautain, méfiant et soupçonneux du délirant chronique; ni l'air bonasse, satisfait et content du paralytique général ; l'œil et le regard brillant et hagard, continuellement en mouvement et agitation, discourant sans trêve, incohérent du maniaque; ici non plus l'air hébété de l'épileptique ; ni la mine et l'air niais et goguenard de l'imbécile, bête et stupide de l'idiot.

Tout autrement se présentent les mélancoliques: ils ont l'aspect triste, la tête baissée, les bras pendants, la physionomie altérée, les traits tirés, le visage amaigri et blafard, l'expression douloureuse, le regard morne, éteint, sans expression et vivacité, le front ridé; les muscles sourciliers se désinent et proéminent, leur réunion de chaque côté forme un *oméga* grec, la bouche contractée ; ils sont immobiles, inertes et passifs ; il faut les habiller, les faire lever, marcher, manger, etc, sans cela ils ne bougeraient pas. — Ils sont parfois pris tout à coup d'une espèce de crise impulsive pendant laquelle ils se livrent automatiquement à des violences et actes dangereux, crise désignée sous le nom de *raptus melancolicus*.

Ils peuvent encore se présenter sous un aspect tout à fait contraire, le visage inquiet, le regard brillant, l'air anxieux et terrifié. Ils profèrent des pleurs, des cris, des gémissements, des plaintes entrecoupées, des gestes saccadés, des actes purement mécaniques et constamment les mêmes. Ils se débattent, font des inclinations, se déssabillent, se déchirent, se tordent les doigts, les lèvres, s'écorchent les mains et la face sans rien sentir et sans y prêter attention.

La première forme clinique constitue la *mélancolie simple* ou la *mélancolie avec stupeur;* la dernière, la *mélancolie agitée* ou *anxieuse*.

La mélancolie a été rangée parmi les psychoses, sa lésion anatomique n'étant pas encore connue.

Les centres nerveux paraissent absolument indemnes. On note parfois des troubles circulatoires (ischémie ou congestion passive), ou des altérations viscérales qui par sympathie produisent des troubles cérébraux.

La mélancolie est l'opposé de la manie où il y a une irritabilité très grande de la couche corticale et des centres nerveux ; les malades sont très mobiles, expansifs, exubérants dans leurs idées et actes, incohérents dans leurs discours, et continuellement en mouvement ; le contraire arrive dans la mélancolie où il y a une dépression, une sorte d'assoupissement de l'activité de la couche corticale et des centres nerveux. — Cet état peut être aussi symptomatique à d'autres affections cérébrospinales comme, par exemple dans la neurasthenie ou dans la paralysie générale à début mélancolique et hypochondriaque.

Le point de départ, l'origine, la cause de cet état de dépression de l'activité cérébrale paraissent dus à une altération soit vasculaire, soit essentielle des neurones de la région sensitive et sensorielle, qui s'étend plus tard et affecte la sensibilité morale et psychique de l'individu.

La mélancolie est une affection connue depuis bien longtemps : ainsi le mot *mélancolie* était déjà usité par Hippocrate pour désigner une espèce de folie caractérisée par un délire triste. Ce mot a été aliéné (altéré) dans son vrai sens primitif par des auteurs qui sont allés jusqu'à admettre une mélancolie gaie (sauvages) ; Senert et Arétée lui donnèrent la vraie signification qui fut bien établie par Esquirol, qui désigna la mélancolie sous le nom de *lypémanie*.

Les doctrines humorales de Galien, qui considérait la mélancolie comme produite par l'altération d'une ou deux des quatre humeurs et spécialement la bile et l'atrabile, opinion qui fut partagée par beaucoup d'auteurs, et même le nom de mélancolie, trouvait son explication dans la traduction par *bile noire*.

La mélancolie est parfois due à une sympathie pathologique, les diverses altérations morbides des viscères et organes, surtout ceux qui siègent dans l'abdomen, sont susceptibles de déterminer une folie sympathique ; le cas est surtout manifeste pour l'hypochondrie qui n'est qu'une variété de mélancolie.

La mélancolie est caractérisée par une forte dépression morale douloureuse. Le sentiment pénible douloureux est lié avec une dépression, torpeur des forces et de l'activité intellectuelle ; conscient de cet état le malade arrive au découragement le plus complet ; bientôt l'irritation et l'alté-

ration des centres sensoriels, de l'idéation, du psychique, lui font commettre des actes désordonnés.

Quand le grand sympathique prend part aux irritations et altérations des centres nerveux, les malades sont pris d'anxiété, angoisse précordiale, ont des névralgies diverses : intercostales, viscérales, etc. ; les centres thermiques et vasomoteurs étant intéressés, nous assistons aux troubles de la température, aux troubles vasomoteurs (cyanose et refroidissement des extrémités, etc.). L'arrêt complet de l'activité psychique produit la stupeur qui n'est souvent qu'apparente, l'individu étant très actif dans son for intérieur.

Le sentiment douloureux est lié à une idée d'impuissance physique et morale qui donne naissance aux idées tristes de désespoir, de dégoût, manque de confiance en soi-même, absence de toute initiative, de décision, détermination ; la volonté en un mot fait complètement défaut ; les malades sont continuellement dominés par leurs idées tristes, interprètent défavorablement les phénomènes et événements extérieurs, prennent des personnes indifférentes ou amies pour des ennemis; le moindre événement insignifiant est un malheur ou la cause et l'origine d'une infortune.

Les faits ne sont plus vus et considérés à leur juste valeur et comme il faut. Rien ne leur fait plaisir; tout les aigrit, les fâche. les indispose et les fait souffrir. Ils arrivent à ne plus être en état de faire quoi que ce soit. Le début de cette maladie, et surtout la mélancolie simple, s'observent plus souvent dans les familles, plus rarement dans les hospices et asiles d'aliénés où on observe surtout la mélancolie anxieuse et la mélancolie avec stupeur confirmée.

Les malades, en cherchant une explication à leurs sentiments douloureux, se posent la question : Pourquoi est-ce que je souffre ? Alors surgit l'idée de damnation, punition, culpabilité, criminalité, une faute commise, une simple incorrection ou inconduite dont l'idée tourmente parfois les malades.

D'autres sont tourmentés par l'idée de ruine; qu'ils ne sont plus bons à rien, indignes de vivre (humilité); d'autres, par l'idée qu'ils sont malades (délire hypochondriaque, nosomanie), leur estomac est plein, leurs intestins bouchés; ils ne peuvent plus rien avaler, ils arrivent à ne plus manger (sitiophobie) : ce dernier délire est quelque fois dû au fait qu'ils se croient indignes de manger. Souvent il y a des hallucinations

et des illusions surtout internes, viscérales, qui ont leur origine dans une perversion ou diminution de la sensibilité générale et spéciale. Ces hallucinations et illusions entretiennent le délire, lequel à son tour contribue à soutenir et à renforcer les hallucinations et illusions; nous avons alors un cercle vicieux constituant la mélancolie hallucinatoire.

Le caractère psycho-moteur que prennent parfois les hallucinations nous explique pourquoi les malades qui jusqu'ici étaient immobiles, apathiques, deviennent subitement très impulsifs et dangereux et commettent des actes désordonnés et terribles, des meurtres; détruisent parfois tout ce qui se présente dans leur chemin, parfois commettent des suicides, homicides, parricides etc.

La mélancolie anxieuse est caractérisée entre autres symptômes par une angoisse précordiale qui parait due à une irritation du pneumogastrique; une hypéresthésie, dysesthésie et enfin une anesthésie des sens et de la sensibilité générale, ce qui explique la fréquence des blessures et des mutilations que s'infligent à eux-mêmes les mélancoliques; des névralgies diverses surtout intercostales et du trijumeau, qui servent à fixer l'idée mélancolique; elles entretiennent la marche du délire ou l'état d'angoisse.

Les organes des sens paraissent souvent pervertis dans leurs fonctions; ainsi le goût et l'odorat leur donnent des sensations écœurentes de toute nature. L'organe de la vision, siège des illusions, plus rarement des hallucinations, exploré d'une façon minutieuse nous a révélé les particularités suivantes :

Le tonus de l'œil parait diminué, surtout dans les cas de mélancolie avec stupeur.

Le regard est terne, fixe immobile; les mouvements du globe oculaire et surtout le mouvement d'élévation se font très lentement et difficilement, la réaction pupillaire à la lumière et à l'accommodation est aussi notablement ralentie.

Les pupilles sont dilatées dans la majorité des cas. L'examen ophthalmoscopique du fond de l'œil nous montre une coloration gris-jaunâtre du champ rétinien, que nous croyons due à un œdème qui envahit la rétine; cela s'observe surtout dans les cas de mélancolie avec stupeur, quand nous constatons aussi une dilatation des vaisseaux veineux et, par contre une atrésie des artères de la rétine. La papille est normale comme coloration, elle n'a pas paru excavée.

Le pouls est habituellement ralenti, ou petit, filiforme, contracté ; le tracé sphygmographique nous le montre à petit plateau et ligne de montée très peu élevée, les *caractères d'un pouls à forte tension*. Chose explicable si on se rappelle l'état de contraction dans lequel se trouve le système musculaire du mélancolique, ce tracé nous offre quelques analogies avec ce que Mantegazza a trouvé dans la douleur ; le tracé pris alors nous donne aussi un pouls diminué d'amplitude, ressemblant beaucoup avec celui du mélancolique, dont le pouls indiquerait donc par ses caractères une douleur qui est bien réelle au moins au point de vue psychique.

Dans les états d'agitation comme on les observe dans la mélancolie anxieuse, le pouls devient acceléré ; de même que la respiration, le nombre des pulsations peut atteindre 100-120 par minute, n'étant dans les autres cas de mélancolie simple ou avec stupeur que bien ralentis, à peine à 35-40 pulsations par minute.

La respiration est superficielle, ralentie, incomplète, proportionnellement inférieure au rythme cardiaque, dont les battements sont aussi ralentis. L'hématose se fait mal, d'où la fréquence des congestions passives des poumons. La circulation veineuse se fait mal et l'on observe très fréquemment l'œdème des malléoles et des pieds. La température du corps est abaissée surtout à la périphérie où elle peut descendre de 2-3 degrés. Les extrémités, mains, nez, oreilles, sont refroidies, cyanosées, violacées.

On observe des troubles des fonctions organiques et principalement des fonctions digestives. Il est habituel de rencontrer de la dyspepsie avec hyperchlorhydrie ; un enduit saburral épais recouvre la langue ; il existe de la flatulence, de la constipation, les selles sont extrêmement fétides. Comme conséquence, la perte de l'appétit et le refus des aliments qui amène de l'amaigrissement général. L'haleine des mélancoliques est forte, mauvaise, surtout celle des malades qui ne mangent pas. Les secrétions sont aussi diminuées, de même que l'activité génitale. Enfin ils présentent des troubles du sommeil, ce qui constitue parfois un des premiers symptômes ; le sommeil est douloureux, pénible, coupé par des rêves, des cauchemars et des hallucinations. Les malades caractérisés par leur attitude, leur contracture et immobilité générale, leur passivité, ne se mouvant et ne marchant pas, n'accom-

plissant qu'à peine leurs besoins, finissent par devenir incontinents, gâteux, sales.

On distingue trois degrés dans la mélancolie : 1° mélancolie simple sans délire proprement dit, sans hallucinations ni

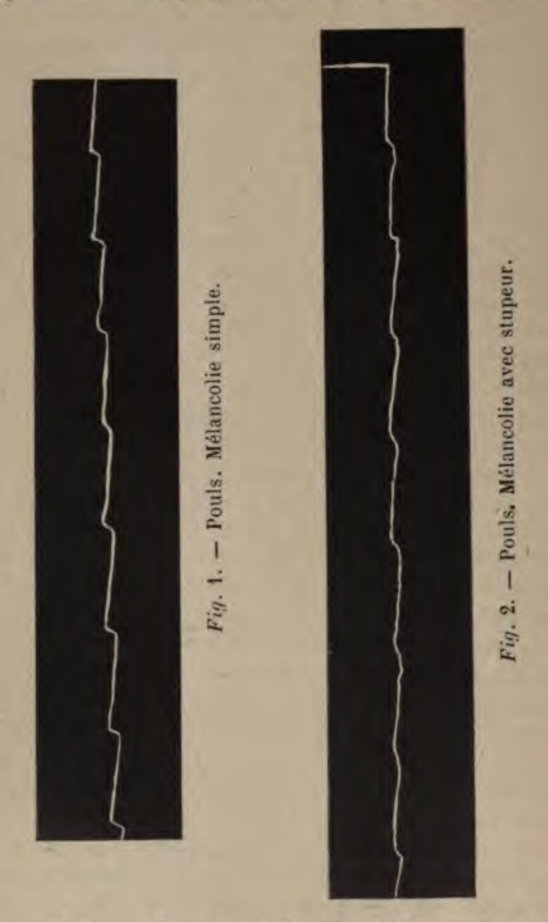


Fig. 1. — Pouls. Mélancolie simple.

Fig. 2. — Pouls. Mélancolie avec stupeur.

illusions ; c'est une forme passive, de même que 2° la mélancolie avec stupeur où il y a un arrêt complet de l'activité cérébrale, cette dernière forme souvent confondue avec la confusion mentale. Mais ici malgré l'apparence d'abolition de toute activité cérébrale du mélancolique avec stupeur, d'après cer-

tains auteurs, il existe une activité mentale intense, consti-

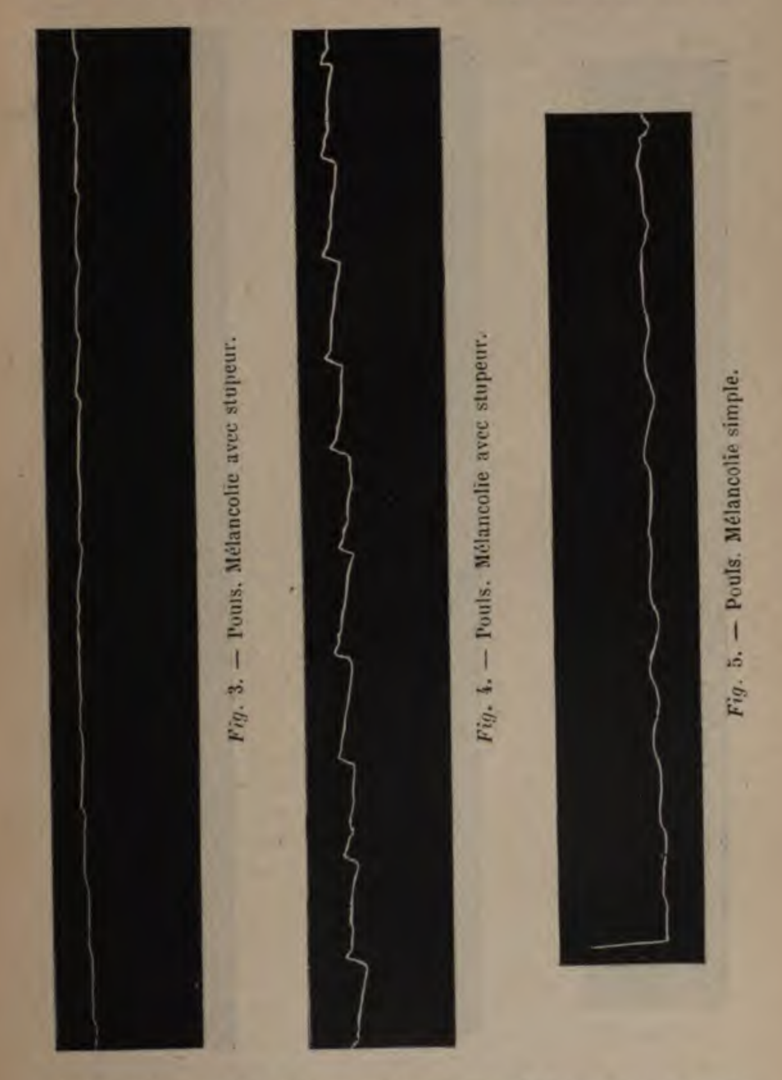

Fig. 3. — Pouls. Mélancolie avec stupeur.

Fig. 4. — Pouls. Mélancolie avec stupeur.

Fig. 5. — Pouls. Mélancolie simple.

tuée par un délire interne caché. Les malades sont minés par des idées de tristesse, de ruine, d'humilité, de culpabilité, et

à la suite des hallucinations et illusions ils arrivent par

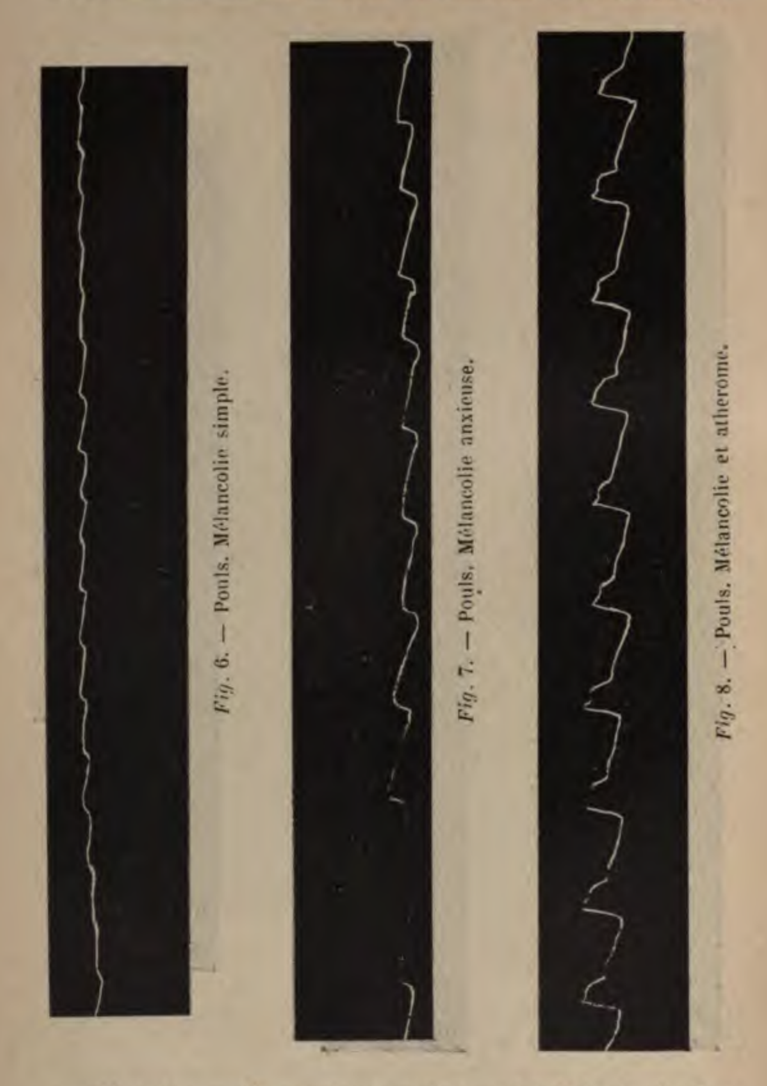


Fig. 6. — Pouls. Mélancolie simple.

Fig. 7. — Pouls. Mélancolie anxieuse.

Fig. 8. — Pouls. Mélancolie et atherome.

appréhension, méfiance, à un arrêt complet de toutes les formes et manifestations d'activité cérébrale dans un état de

stupeur complète. 3° La mélancolie anxieuse est une forme active avec agitation ; ici il y a des hallucinations psychomotrices qui suivent quelque fois la sensation d'angoisse précordiale, laquelle se propage plus haut aux centres moteurs céphaliques ; c'est alors que les malades commettent différents actes désordonnés (meurtres, suicides, destructions, se jettent par la fenêtre). Cette dernière forme est encore assez fréquente ; c'est elle qu'on observe surtout dans les asiles où ces malades sont surtout amenés pour sauvegarder la sûreté publique et pour être soumis à une surveillance indispensable et souvent impossible dans les familles.

Les sensations, délires et hallucinations des malades peuvent être isolés ou rouler dans un même ordre d'idées, comme par exemple dans la mélancolie religieuse où prédomine le délire religieux ; les malades, et ce sont surtout les dévots qui en sont atteints, prient continuellement ; ils disent que Dieu les abandonne, que les démons les ont saisis, possédés, etc. ; dans la forme nosomane et hypochondriaque, ce sont les préoccupations de leur santé, les sensations et hallucinations internes, viscérales, organiques qui prédominent ; les malades ont peur des maladies : exemples, syphiliophobie, phobie, des intoxications, et toutes leurs sensations se concentrent autour de ces idées. Donc, selon les idées, délires, sensations qui prédominent, nous aurons des formes diverses de mélancolie.

Lamélancolie est une affection curable : 50 et plus p. 100 de guérisons. Il n'y a que les formes qui se prolongent trop longtemps : plus que six à huit mois, époque vers laquelle on peut espérer encore la guérison de la mélancolie ; après cette durée, la mélancolie tend à devenir chronique et à finir par la démence si une affection intercurrente ne vient hâter la fin du malade. L'apparition d'un délire spécial, ainsi nommé délire de négations, délire d'immortalité, dénote l'incurabilité. Tout manque à ces malades ; ils n'existent plus, n'ont plus d'organes ; ils ne mourront plus jamais, ces délires apparaissant tardivement dans la mélancolie sont caractéristiques de l'incurabilité.

Malgré les formes curables, il est à noter que la dépression morale dont sont atteints les malades se répercute aussi sur les actes physiques et physiologiques ; ils ne respirent plus suffisamment, se nourrissent mal ; l'assimilation ne se fait

pas, la circulation est en défaut (pouls ralenti, cyanose des extrémités, température abaissée) ; ces divers troubles aboutissent à la misère physiologique, qui amène et favorise l'éclosion de la tuberculose, une terminaison fréquente des mélancoliques.

La sitiophobie et le délire qui la produit doivent être combattus à toute force, étant donné que cette phase délirante peut se modifier et la maladie changer favorablement son caractère et la guérison survenir. De même la tendance au suicide doit être l'objet d'une surveillance attentive et continuelle.

Il faut ne pas oublier aussi que, sous le masque de l'impassibilité, de la concentration, de l'immobilité (stupeur), se cache souvent un délire des plus actifs, et ce tableau extérieur des plus trompeurs cache souvent des tendances destructives, terribles, inattendues et subites; cette fureur dangereuse constitue le raptus melancolicus qu'on observe surtout dans la forme anxieuse de la mélancolie.

On combattra la sitiophobie, refus de manger en nourrissant artificiellement les malades par la sonde œsophagienne ou nasale, ce qui vaut mieux que les lavements nutritifs.

On arrivera bien difficilement, et la peine sera presque toujours inutile en voulant persuader les malades de l'inanité de leur délire, qui occasionne la sitiophobie, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas d'estomac ou que ce dernier, ainsi que leurs intestins, sont pleins, bouchés, collés, ou encore ce qui arrive chez d'autres malades qui ne mangent pas parce qu'ils se croient indignes de vivre, qu'ils sont coupables, criminels, damnés, etc.

Comme traitement médicamenteux, l'opium à doses progressives, 0,10 centigrammes et plus par jour, ainsi que les injections hypodermiques de morphine trouvent ici leurs indications souvent efficaces. Les toniques et stimulants généraux seront aussi un utile adjuvant. L'hydrothérapie consistant en des bains de vapeur suivis de douches froides, affusions, ainsi que l'électricité, snrtout la franklinistion, douches électriques seront essayés, parfois avec un réel bénéfice.

Observation I. — La nommée Guiselle Gr..., âgée de cinquante-huit ans, ménagère, entre à l'hospice le 4 janvier 1895.

État physique. — Débilité marquée. Tremblements légers aux

membres supérieurs. Les pupilles sont égales, mais réagissent lentement. Le réflexe pharyngien normal, le réflexe rotulien exagéré. Les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs aux membres supérieurs normaux. Pas de tremblements de la langue. La parole est normale.

La sensibilité cutanée à la douleur et à la température complètement abolie.

Les battements cardiaques exagérés, mais courts, les artères scléreuses. Les autres organes normaux.

Etat psychique. — L'aspect de la malade dénote la tristesse et l'abattement, elle tient la tête penchée sur la poitrine et se lamente sans cesse. Parfois elle se couche par terre et refuse de se mettre au lit. Aux questions que nous lui posons elle répond directement et sans hésiter. Les réponses données correspondent aux questions posées. La mémoire est complètement conservée tant pour les faits récents qu'anciens. La malade nous répond exactement aux questions de son âge, du nombre de ses enfants, sur l'époque de la mort de son mari.

Demandée pourquoi elle se plaint toujours? Elle nous répond qu'elle a commis des péchés, mais elle n'est pas en état de nous donner des renseignements sur les faits dont elle s'accuse. Malgré toute insistance pour apprendre le moindre détail sur ses péchés, on n'obtient que la réponse invariable : *j'ai commis des péchés.*

Les premiers jours de son entrée, la malade a eu des hallucinations, surtout la nuit, elle voyait, disait-elle, des Turcs et des Grecs, etc. Aujourd'hui les hallucinations ont disparu. Les sentiments moraux affectifs ainsi que le sentiment de la pudeur et de la propreté sont conservés. Le sommeil est troublé d'une façon notable, la malade ne dort pas sans hypnotiques.

Le 25 janvier, survient un affaiblissement marqué, la malade n'est plus en état de se tenir debout, et couchée, elle n'est pas en état de se lever.

Les facultés intellectuelles sont aussi amoindries, la malade n'est plus en état de donner une réponse, quelque insistance que nous mettons à la questionner.

Les yeux et le regard troubles, dirigés en bas. On note aussi un léger mouvement fébrile.

Observation II. — Le nommé C. Petride, âgé de vingt ans, entre à l'hospice le 27 janvier 1895.

Etat physique. — Constitution faible.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter.

Antécédents personnels. — Le malade a eu, dans son enfance, plusieurs abcès scrofuleux dont on voit encore les traces et cicatrices dans la région cervicale. Dans ces derniers temps, il a eu aussi des écoulements d'oreille. Le patient vivait toujours retiré,

était très déprimé et émotif. Les parents supposent qu'il se donnait à la masturbation et qu'il avait contracté la syphilis dernièrement.

Au commencement de sa maladie mentale qui s'est déclarée il y a une année, le malade a eu des vertiges et une peur inexplicable, il était souvent agité et même impulsif; puis est survenue une période de dépression quand il fut amené à l'hospice.

A l'examen, rien à noter d'anormal du côté du crâne et de la face, il n'y a pas d'asymétrie appréciable. Les lobules des oreilles sont adhérents, la voûte palatine est profonde. On observe quelques irrégularités dans l'implantation des dents.

Sur toute l'étendue du thorax nous trouvons une éruption acnéiforme. Les pupilles sont égales, dilatées, le réflexe lumineux est conservé, de même le réflexe cornéen. Le réflexe pharyngien est diminué. On observe des légers tremblements de la langue. La parole, quoique traînante et paresseuse, n'est pas hésitante ni difficile. Les extrémités supérieures offrent des tremblements, les mouvements des membres sont lents. La force musculaire est notablement diminuée. Les réflexes rotuliens diminués. La marche est lente et difficile à cause de la diminution de la force musculaire.

Le patient présente un tremblement presque continuel de la tête, nous observons de même des mouvements continuels de la langue, comme s'il était à goûter quelque chose. La sensibilité générale au toucher, à la température et à la douleur est un peu diminuée et retardée. La sensibilité spéciale paraît bonne, mais l'état mental du malade ne permet pas de s'en rendre un compte exact. La langue est chargée, saburrale ; la peau sèche. Les battements du cœur tantôt trop puissants, tantôt trop faibles. Rien à noter du côté des autres organes, excepté les poumons qui paraissent suspects. Le patient mange bien, sans modifier toutefois son état de dénutrition très avancée. Incontinence des matières fécales et de l'urine. Après un séjour à l'hospice sans amélioration bien notable, il est repris par la famille le 19 juin 1895.

Observation III. — La nommée S.-Meh. Bad..., âgée de trente ans, mariée, entre à l'hospice le 17 février 1895.

Etat physique. — La malade est de faible constitution, le système musculaire et osseux peu développés. Les pupilles sont inégales, la droite un peu plus dilatée, elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. La malade distingue bien les couleurs. La langue offre des légers tremblements. La parole est claire. Le réflexe pharyngien normal, le réflexe rotulien un peu exagéré. Les membres supérieurs présentent des tremblements très marqués. Les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs normaux. La sensibilité générale à la douleur et à la température, normale. Le sens musculaire ainsi que les sens spéciaux ne sont pas altérés. Les ovaires sont

douloureux à la pression. La marche est normale. Les autres organes sont sains. La malade avoue des abus alcooliques et nous dit qu'elle aime encore les liqueurs et surtout le kirsch ?

Etat psychique. — L'aspect de la malade est triste, le regard fixe et surtout dirigé en bas. La tête penchée et inclinée vers le thorax, elle ne se meut que provoquée et garde longtemps la même position.

Elle se soumet très docilement à l'examen, sans prononcer aucun mot. Elle répond difficilement aux questions posées, elle paraît réfléchir longtemps à la réponse et c'est seulement après un long intervalle de réflexion et si nous répétons plusieurs fois la demande qu'elle nous répond enfin à la question posée. Les réponses sont très courtes, les plus longues réponses consistent dans une proposition simple. La mémoire est très altérée, autant pour les faits récents qu'anciens. La malade ne se rappelle plus combien d'enfants elle a eu, elle ne sait plus ce qui est arrivé avant son internement à l'hospice. Elle arrive bien difficilement à se rappeler les noms de ses parents et de ses frères. Interrogée sur son âge, elle nous répond, quinze ans. Si elle a encore une sœur ? Elle répond qu'elle a encore une sœur plus petite, nommée Zoé, âgée de dix-huit ans. En lui demandant comment est-il possible que sa sœur Zoé, de dix-huit ans, soit plus petite qu'elle, qui a quinze ans? Elle répond : Ma sœur a dix-huit ans, moi, je n'ai que quinze ans, ma sœur Zoé est plus petite que moi. On voit par cette réponse que le raisonnement est altéré. La malade n'a pas d'hallucinations ni d'illusions. Les sentiments affectifs et de pudeur ne sont pas altérés. Le sommeil est troublé et interrompu par des rêves, mais la malade ne peut pas nous préciser la nature de ses rêves, elle nous dit seulement que quand elle se réveille, il lui semble qu'elle soit tombée de quelque part.

Observation IV. — La nommée St. Lambr. Ghet, âgée de trente-cinq ans, ménagère, entre à l'hospice le 10 mars 1895, ne présentant rien de pathologique du côté physique ; la marche est un peu difficile, ce qui tient à l'état psychique de la malade, comme nous le verrons dans la suite. A noter une légère hypertrophie ganglionnaire dans les régions inguinales. Les autres organes se trouvent à l'état normal.

Etat psychique. — L'attitude de la malade dénote la tristesse, l'abattement et l'anxiété, la figure contractée, le front ridé. Tout dans sa mine exprime l'anxiété et l'inquiétude. Elle se soumet difficilement à l'examen, ayant peur qu'il ne lui arrive quelque chose de mal.

Elle répond très difficilement aux questions, nous devons insister près d'une demi-heure pour avoir une réponse et alors elle ne nous dit qu'un seul mot, après ce mot obtenu, il est même impossible

d'arracher un seul autre mot à la malade, malgré toutes les insistances possibles ; ainsi que, nous ne pouvons pas nous rendre compte de l'état de la mémoire, de la perception et du raisonnement de notre malade, ainsi que de ses sentiments ou délires.

La malade se plaint et soupire continuellement, se retire dans un coin ou lieu isolé, se couche par terre et reste ainsi des heures entières. Quand quelqu'un s'approche de la malade. on observe qu'elle est saisie par la peur, l'inquiétude, elle se serre alors contre elle-même comme si quelqu'un la menaçait. Autant on insiste de plus avec les questions et l'examen, autant l'anxiété et l'inquiétude de la malade augmentent, et quand nous nous retirons de notre examen médical, la malade soupire profondément comme soulagée et comme si elle avait échappé à un grand mal.

Observation V. — La nommée Berthe Silberg..., âgée d'environ vingt-six ans, entre à l'hospice le 27 mai 1895.

Antécédents personnels. — A la suite d'une fièvre typhoïde qu'elle a contractée en 1893, la malade resta atteinte dans ses facultés intellectuelles, puis graduellement s'est installé un état de stupeur avec mutisme, interrompu de temps en temps par des états d'agitations impulsives.

Etat physique. — Constitution faible, les muscles les os et les téguments à l'état normal, peu développés. Les pupilles sont dilatées, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. La langue n'offre pas de tremblements. La sensibilité générale à la douleur et à la température est légèrement diminuée. La sensibilité spéciale normale. Le pouls petit, filiforme. Les pieds et les mains (extrémités) sont froids, cyanosés. Les ovaires ne sont pas douloureux à la pression. Il n'existe pas de zones hystérogènes. Il n'y a pas d'hypertrophie ganglionnaire dans aucune région Les organes thoraciques et abdominaux sont sains.

Etat psychique. — La malade se présente avec un air triste et abattu, elle reste des heures entières immobile, la tête appuyée sur la poitrine, les yeux fixés en bas. Elle garde un mutisme absolu, il est impossible de lui arracher un seul mot de sa bouche, malgré toutes les insistances possibles. Il est donc impossible de rien apprendre sur l'état de ses facultés intellectuelles et sur son état moral. Ce mutisme est de temps en temps interrompu par des périodes d'agitation impulsive, quand la malade profère des mots dénués de sens, émet des cris déchirants et frappe de tous les côtés.

Elle refuse absolument le manger, on est forcé de la nourrir à la sonde œsophagienne. Elle fait normalement ses besoins physiologiques et est relativement propre. Elle est presque toujours couchée et dort longtemps. Elle ne paraît pas avoir d'hallucinations ni d'illusions.

Observation VI. — Le nommé Pierre Naftica, laboureur aux champs, âgé de trente-deux ans, entre à l'hospice le 3 août 1895.

Etat physique. — Le malade est haut de taille, de constitution moyenne. Les pupilles sont dilatées, égales, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. La langue offre des légers tremblements. La parole normale, ne présentant aucune difficulté. Le réflexe pharyngien est conservé. Il n'y a pas de tremblements aux lèvres, ni de contractions dans les muscles de la face. Les membres supérieurs ne présentent pas de tremblements aux extrémités. La force musculaire est diminuée. Les réflexes des fléchisseurs et des extenseurs sont augmentés. La marche est bonne. Les réflexes rotuliens exagérés. La sensibilité générale à la douleur est un peu obtuse, le malade ne localise pas bien la place où il a été piqué. La sensibilité spéciale n'offre rien de particulier. Le cœur n'offre rien d'anormal. Le pouls est petit, filiforme, les extrémités et la face sont froides et cyanosées. Le tube digestif n'offre rien de pathologique. A la bouche, les gencives sont congestionnées. et par place ulcérées, les dents présentent un liséré noirâtre. Le foie est augmenté de volume, mais il n'est pas douloureux à la pression. Les ganglions inguinaux augmentés de volume.

Etat psychique. — Le malade se présente convenablement, humble, modeste, l'air triste, le regard dirigé en bas, les mouvements lents. La perception est bonne, le malade répond de suite à nos questions, mais la réponse ne correspond pas aux questions que nous lui posons. La mémoire est diminuée tant pour les faits récents qu'anciens. Le raisonnement du malade est altéré, il croit être amené ici (à l'hospice) pour expier les péchés et sacrilèges qu'il a commis. L'idéation et l'association des idées sont réduites. Le malade est déprimé, découragé, toujours la tête penchée, inclinée en bas, en faisant des gestes curieux ; il a un délire d'auto-accusation, il s'incrimine d'avoir commis des actes bestiaux, des attentats génitaux sur les animaux, des choses qui ne sont pas permises aux hommes et que Dieu va punir, qu'il est enfin indigne qu'un homme comme lui vive, etc. La volonté est abolie, il ne manifeste aucun désir, rien ne peut le faire sortir de son état de torpeur.

Observation VII. — Le nommé Jean-Tudor Petros..., âgé de vingt-six ans, cordonnier, entre à l'hospice le 18 octobre 1895.

Etat physique. — Le malade est de petite taille, le système musculaire et osseux bien développés, ne présente pas d'asymétrie du crâne ou de la face. Les lobules des oreilles ne sont pas adhérents, les dents régulières bien implantées, la voûte du palais est profonde. Les pupilles sont dilatées, le réflexe lumineux et accommodateur se fait normalement. La figure est congestionnée. Il n'existe pas de troubles moteurs dans les muscles de la face et de la langue.

La parole est bonne, mais toujours lente, il parle en tenant la bouche fermée. Les extrémités des membres supérieurs froides et légèrement cyanosées. Nous observons des légers tremblements en masse des mains. La force musculaire est diminuée. Le réflexe rotulien est normal. La marche n'est aucunement troublée. La sensibilité générale au toucher, à la température et à la douleur est conservée. On observe pourtant que la sensibilité à la douleur est un peu émoussée, le patient supporte facilement les piqûres qu'on lui fait, les localise bien. La sensibilité spéciale conservée dans toutes ses manifestations. Rien d'anormal aux autres viscères et organes. Les ganglions inguinaux sont un peu augmentés de volume.

Etat psychique.— L'attitude et l'expression du malade dénotent la dépression et la tristesse. La perception est gardée. L'association des idées et le jugement sont atteints. La mémoire est altérée. La volonté est en défaut.

Aux interrogations, le malade ne nous répond pas le plus souvent, il ne nous donne que des réponses bien rares, et alors il ne prononce qu'un seul mot et très lentement. Il reste toute la journée couché dans son lit et enveloppé sous sa couverture. On ne reconnaît pas de motifs sérieux à sa tristesse, toutefois il paraît convaincu que ses facultés mentales sont ébranlées. Souvent il pleure, en nous disant qu'il désire sa mère et qu'il ne sait pas où elle est. L'acte médico-légal qui a motivé son internement dans l'hospice, mentionne deux tentatives de suicide, et qu'il s'est laissé aller à commettre des actes impulsifs envers sa mère et d'autres personnes.

Après une année de séjour à l'hospice, un beau jour très agité et sous l'empire d'un délire, en état de *raptus melancolicus*, le malade vole un couteau qui servait à l'atelier de cordonnerie, se cache et s'ampute toute la verge ; l'écoulement de sang très abondant et la douleur qu'occasionne cette mutilation, le font crier et avouer au surveillant et à l'interne ce qu'il a fait, sans donner les motifs ou raisons qui l'ont poussé à commettre cet acte.

Observation VIII. — Le nommé Jonita Popp..., âgé de vingt ans, entre à l'hospice le 28 décembre 1895.

Etat physique.— Taille moyenne, les tissus musculaire, osseux et cellulaire sous-cutané peu développés. Les téguments pâles. On observe un léger degré d'asymétrie faciale. La voûte du palais est excavée. Les pupilles sont égales, le réflexe lumineux se produit normalement, le réflexe accommodateur ne se fait pas complètement. Le réflexe pharyngien est diminué. Il n'existe pas de tremblements fibrillaires de la langue et des lèvres. La parole est normale. Il n'y a pas de tremblements aux membres supérieurs. La force musculaire est diminuée. La marche est normale. Le réflexe rotulien est aboli. La sensibilité générale à la douleur et à la tem-

pérature est notablement diminuée. Les sens spéciaux normaux. Il n'y a pas de signes de syphilis. Le foie, le cœur et tous les autres organes de la vie végétative sont normaux. Rien à remarquer du côté des organes génitaux, qu'une conicité du gland, le patient s'étant adonné beaucoup à la masturbation.

Etat psychique. — Le malade paraît très peu inquiet et préoccupé. En imprimant au malade diverses positions, il les garde (*catatonie*) et cela pendant longtemps sans se fatiguer. Ainsi en lui dirigeant la main en haut verticalement ou horizontalement en avant, il garde cette position très longtemps, de même en donnant à sa tête une situation penchée, inclinée à droite ou à gauche, renversée en arrière, il ne change pas cette position. Les traits de la figure sont altérés, le regard est éteint, les mouvements sont lents. Tout son extérieur dénote une dégradation intellectuelle et physique. La perception se fait bien. Quoiqu'il comprenne bien ce qu'on lui demande, il ne répond qu'à la suite des menaces. L'association des idées est bonne, chaque fois que nous arrivons à avoir une réponse de lui, on observe une cohérence entre ses idées. A cause de son mutisme relatif, nous ne pouvons nous faire une idée sur l'état de ses facultés intellectuelles et sur sa mémoire. La mémoire pour le calcul paraît bonne, il est en état de faire des petits calculs, surtout des opérations à un seul chiffre, sans trop de complications. En général, tout travail psychique, toute manifestation intellectuelle est une grande peine pour lui. Une grande paresse intellectuelles le domine. Il paraît tout à fait indifférent au milieu qui l'entoure, et ne manifeste pas le désir de quitter le service. Il n'a pas d'illusions, ni d'hallucinations d'aucun sens spécial ou internes. Il est congédié en 1896.

Le malade est ramené à l'hospice, le 30 juillet 1897, présentant les mêmes symptômes que la première fois, en exceptant pourtant les états catatoniques, qui paraissent cette fois beaucoup moins accentués; les autres symptômes; au contraire, bien plus accentués.

Ainsi, le patient est amené à la suite d'une agitation et désordination extrême, comme il l'avoue lui-même; il cassait les vitres, mangeait des excréments, ne parlait rien. Il est très récalcitrant. Les sentiments affectifs diminués. Questionné s'il désire les siens, il nous répond qu'il ne désire personne. Il est incontinent des matières fécales et de l'urine; très sale; dort bien.

31 *juillet.* — Le malade est dans l'immobilité, dans un état de mutisme absolu; inconscient, très sale; on ne remarque rien de nouveau.

3 *août.* — Le même état. On n'arrive à avoir un mot de lui que par des menaces.

5. — Il commence à répondre aux questions, quoique avec quelques hésitations; il demande des journaux, qu'il lit en se pro-

menant dans le jardin. Il rit quand nous le questionnons un peu plus longtemps et nous donne des réponses, quoique bien courtes.

15. — Même état. — 5-20 *octobre.* — Il parle plus, n'est plus si retiré, ne reste plus seul.

Observation IX. — La nommée Zili Glassb, âgée de trente ans, ménagère, entre à l'hospice le 5 janvier 1896. Des antécédents de la malade, nous n'apprenons que ce seul fait qui offre quelque intérêt : que la malade a tenté deux fois le suicide en se coupant le cou avec un couteau.

Etat physique.— Constitution faible, les systèmes musculaire osseux et le tissu cellulaire sous-cutané médiocrement développés; elle présente à la région antérieure du cou une cicatrice linéaire, les suites d'une coupure faite avec un instrument tranchant.

Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Les réflexes des membres supérieurs et le réflexe rotulien sont normaux; elle n'a pas de tremblements de la langue ou des lèvres, mais elle présente de légers tremblements des doigts. La sensibilité cutanée à la douleur est obtuse. La pression de la région des ovaires est un peu douloureuse. Les battements du cœur sont normaux. un peu diminués et éloignés. Le pouls est petit, presque filiforme.

Etat psychique. — La malade a l'aspect triste, est très abattue, elle reste retirée, ne parle pas, répond avec grande difficulté seulement à quelques questions, surtout à celles qui se rapportent à son état moral; elle nous dit alors : « qu'elle est une pécheresse, une malheureuse, qu'elle regrette de n'être pas morte lorsqu'elle s'est coupé le cou, qu'elle ne doit pas manger, pour plusieurs raisons : 1° pour mourir; 2° parce que son estomac est trop plein d'aliments ». Parfois elle dit qu'elle n'a pas d'estomac, d'autres fois elle demande à lui ouvrir l'estomac pour en extraire des aliments qui y sont en trop grande quantité. Elle a des hallucinations visuelles, elle voit passer devant elle des foudres, des flammes, etc.

L'intelligence n'est pas normale, le raisonnement est altéré par le fait que la malade soutient que, si elle ne mangeait pas, elle vivrait plus longtemps, et que si elle mangeait, nous serions forcés de lui opérer l'estomac pour lui extraire les aliments. La mémoire est bonne : elle se rappelle qu'elle s'est coupé le cou, nous dit le nom de son mari et de ses enfants. L'affection pour ses enfants est exagérée, elle pleure quand on lui en parle et demande qu'on la laisse partir pour voir ses enfants. Elle mange très peu et après de longues insistances. Elle dort bien la nuit et est propre. La malade succombe le 13 mars à la suite de la tuberculose.

Observation X. — La nommée Sophie Tassovici, élève, âgée de dix-huit ans, entre à l'hospice le 26 janvier 1896.

Stigmates physiques. — Une asymétrie faciale : l'arcade zygomatique et l'os malaire du côté droit plus proéminents. Des stries longitudinales sur la face antérieure des dents incisives, qui sont rares. La voûte palatine, ogivale et profonde. Les lobules des oreilles sont pour ainsi dire absents, tellement ils se continuent avec la peau voisine, de même l'hélix qui paraît s'insérer directement à la surface cutanée.

Antécédents personnels. — Intelligente et studieuse, mais d'un caractère irritable, d'après ce que nous écrit la famille; la malade, après avoir terminé les cours de l'école professionnelle de Buc..., ayant à passer l'examen de diplôme, s'est surmenée beaucoup en travaillant et étudiant des nuits entières, continuellement inquiète, pleurant souvent de peur d'échouer à l'examen.

Le 13 août 1895, vers minuit, la malade tombe de son lit, criant : « Je suis un fantôme ! Je suis empoisonnée. » Après trois jours d'agitation, la malade commence à se calmer, mais elle est alors prise de vomissements; la malade était constipée depuis cinq jours.

Jusqu'au 20 septembre, elle mangeait encore, mais à partir de cette époque elle commence à refuser les aliments, et même les médicaments. A partir du 15 janvier 1896, elle ne parle plus, et on observe que la salive s'écoule de sa bouche sur ses habits.

Examen physique. — La patiente est de stature moyenne, de constitution débile; le système osseux bien développé; le système musculaire et le tissu cellulaire sous-cutané un peu moins. La face est couverte de nombreuses pustules d'acné et de comédons. Il n'y a pas trace de lésions externes. Les extrémités thoraciques et abdominales sont froides et cyanosées. La salive s'écoule abondamment et continuellement de ses lèvres, la bouche étant entr'ouverte. Les pupilles sont égales et réagissent lentement à la lumière. Le pouls est petit, déprimé (110 pulsations par minute). Les battements du cœur sont forts et sonores; la respiration superficielle et lente. La sensibilité générale à la douleur est conservée; la malade commence à pleurer quand nous la piquons avec une épingle, et après insistance à nous montrer l'endroit où elle a été piquée, elle dirige lentement sa main vers l'endroit piqué. Les réflexes pharyngien, rotulien et des extenseurs du bras sont exagérés.

L'alimentation se fait difficilement, la malade se montre indifférente et refuse les aliments. Le sommeil est bon. Pas de tremblements de la langue, des lèvres et des doigts.

Examen psychique. — La malade se présente dans une tenue absolument négligée; sale par les aliments et la salive; dans une immobilité absolue; la figure contractée, douloureuse; prête à pleurer; le regard fixé vers un point, *triste*; les sourciliers et orbiculaires contractés; les sillons naso-géniens prononcés; la lèvre supérieure relevée; le corps incliné; les mains pendantes.

La malade est en état de rester des heures entières dans cette position. Elle garde un mutisme absolu malgré toutes nos questions, que nous répétons souvent ; très rarement elle chuchote quelque chose d'incompréhensible, gémit, soupire et est prête à pleurer; les yeux s'humectent. Elle paraît ne pas comprendre, ou au moins comprendre difficilement ce que nous lui disons. La volonté lui manque; cela s'observe surtout quand nous lui commandons d'exécuter un mouvement, qu'elle exécute très tardivement et lentement, et, parfois, pas du tout. La patiente est indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle, et même pour ses besoins physiologiques si elle n'est pas poussée. Elle ne mange pas; on est forcé de lui introduire les aliments dans la bouche, et encore elle y met de l'opposition.

Le 20 février, nous observons un changement notable. L'expression de la figure est plus variée, plus expressive; quand la malade nous voit, ou quand nous lui adressons la parole, elle commence à sourire et tâche — essaye — de nous répondre, mais si faiblement, et en chuchotant, que nous ne pouvons pas la comprendre. Les extrémités ont commencé à reprendre leur coloration naturelle. Elle ne refuse plus les médicaments et les aliments, et mange seule.

Observation XI. — La nommée Sophie Veiner, ménagère, âgée de vingt-quatre ans, entre à l'hospice le 15 janvier 1896.

Antécédents personnels.— Cinq semaines avant son entrée à l'hospice, la malade rentrant chez elle, de retour de son atelier, trouve la porte de sa maison fermée, mais l'intérieur étant éclairé, elle s'est effrayée; depuis ce moment, son état mental devient anormal, en présentant les symptômes suivants : une agitation toute la nuit; elle accuse les autres filles de l'atelier de l'avoir ensorcelée et qu'elles vont l'empoisonner; elle fait des choses désordonnées; ainsi, vers une heure après minuit, elle commence à blanchir du linge; elle consomme une boîte d'allumettes en essayant d'allumer une bougie; elle court dans la rue. parle sans aucune cohérence, frappe et abîme tout, dit des injures, finalement tombe dans un état de dépression et ne prononce plus aucun mot à haute voix, mais chuchote de temps en temps des mots qu'on entend à peine et qui sont dénués de tout sens.

Etat physique. — La malade est petite de taille, prognathe, les dents sont irrégulièrement implantées, les systèmes musculaire et osseux médiocrement développés, ne présente aucune trace de lésions ou violence. Les pupilles égales, réagissent à la lumière et à l'accommodation. Les réflexes des membres supérieurs et les réflexes rotuliens sont normaux. Il n'est pas possible de constater l'état du réflexe pharyngien, ni si la malade présente des tremblements de la langue et des doigts, la malade s'opposant à cet examen.

La sensibilité cutanée n'est pas normale; on constate une plaque d'anesthésie au bras droit, de même des points anesthésiques sur diverses régions du corps, où la sensibilité à la douleur est exagérée, exemple aux régions mamellaires et ovariennes. Les battements du cœur sont précipités, mais les bruits sont normaux. Rien à noter du côté de la respiration.

Etat psychique. — L'attitude de la malade est très abattue, le faciès exprime la tristesse, la douleur, l'anxiété, la peur; il paraît qu'elle ne trouve pas sa place, elle fuit d'un lit à un autre, d'un coin dans un autre; de sa bouche s'écoule une bave fétide et abondante, que la malade laisse s'écouler involontairement; elle ne s'essuie pas; ainsi que ses vêtements, les draps de son lit sont humides. Il est impossible de juger sur l'état de sa mémoire, de ses idées, de son intelligence et de son raisonnement, la malade gardant un mutisme obstiné à toutes nos questions, sauf quelques chuchotements incompréhensibles.

La visite de ses parents ne lui fait aucune impression, ainsi que celle de son mari, auquel elle tenait beaucoup jadis. La patiente a gardé le sentiment de la pudeur, elle serre les jambes quand nous la découvrons. Le sentiment de la propreté, absent. Incontinence des matières fécales et de l'urine.

Observation XII. — Le nommé Jean Huzum, âgé de trente ans, entre à l'hospice, le 10 mars 1896.

Etat physique. — Le patient, de taille moyenne, de constitution robuste, présente une légère asymétrie faciale, le côté gauche plus développé; la voûte palatine est profonde; pas de trace de violence sur toute l'étendue du corps. Les pupilles sont égales, contractées, réagissent bien à la lumière, à l'accommodation et par réaction sensitive.

Il ne présente aucun signe pathologique nerveux (signe de Romberg, signe de Biernacki, etc., absents). Légers tremblements de la langue et des doigts. La parole courante et normale. La marche est bonne. Le réflexe pharyngien paraît un peu diminué, le réflexe cubital, des extenseurs et fléchisseurs des doigts, le réflexe rotulien sont conservés; de même le réflexe plantaire et crémastérien.

La sensibilité générale au toucher et à la température, conservée; la sensibilité à la douleur est un peu diminuée; le malade ne peut indiquer d'une façon précise l'endroit où on le pique. L'odorat et le goût sont normaux. Les ganglions inguinaux paraissent engorgés de deux côtés, mais pas bien classiques, de la syphilis. Les clavicules et les tibias sont réguliers. Rien de pathologique à noter du côté des viscères et des autres organes.

Etat psychique. — L'attitude du malade est très tranquille, convenable; le regard fixe; la figure triste, déprimée; les extrémités

un peu cyanosées. Il se tient toujours à l'écart, et c'est à grand'-peine que nous l'amenons pour l'examiner. Il exécute avec difficulté ce qu'on lui dit et répond difficilement, et seulement après insistance, aux questions qu'on lui pose. Si nous persistons plus longtemps dans notre examen, il se fâche, s'irrite et devient impulsif. On observe pourtant un manque d'énergie et de volonté dans tous ses actes. La mine dénote une peur de tout ce qui l'entoure, et le regard continuellement scrutateur.

La volonté est amoindrie, la perception conservée. L'association des idées et l'idéation sont altérées. Il ne présente aucun délire mélancolique, ni un délire bien systématisé quelconque : de persécution, etc. Il paraît pourtant avoir des hallucinations auditives. L'intelligence et le jugement sont conservés, de même que la mémoire ; la sphère morale, en bon état. L'affectivité, pourtant, est un peu diminuée.

Le malade dort bien sans hypnotiques. Il n'a pas de zoopsies. Il se tient tranquillement et proprement ; mange bien et convenablement. (*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS.

ALCOOLISME DE L'ENFANCE ; — INSTABILITÉ MENTALE ; IMBÉCILLITÉ MORALE ;

Par BOURNEVILLE et J. BOYER.

Sommaire. — *Père, soixante et un ans, asthmatique, très nerveux. — Mère, quarante-cinq ans, rien à signaler. — Tante paternelle, morte d'apoplexie. — Autre tante paternelle, morte des convulsions de l'enfance. — Frère mort à dix-sept ans de coxalgie, méningite terminale.*

Conception : graves ennuis du père. — Premières convulsions à quatre ans. — Diminution de l'intelligence. — Scoliose. — A douze ans, modification du caractère. — Manies. — Accès de colère. — Perte des sentiments affectifs. — Tentatives de suicide. — Fumait beaucoup en cachette. — Crises hystériformes. — Menaces à l'adrese de ses parents. — Excès de boisson. — Héméralopie.

René O..., né le 20 juillet 1883, est entré à l'Institut médico-pédagogique, le 16 juillet 1896.

Antécédents (*Renseignements fournis par la mère*). — *Père*, soixante et un ans, asthmatique, très nerveux, pas de convulsions de l'enfance, démangeaisons de la peau vers quarante ans, pas de rhumatismes, ni de dartres, ni de syphilis, échauffement à vingt et un ans. — Grand-père paternel, mort à soixante-dix-huit ans, d'une entérite, sobre, jamais malade. — Grand'mère paternelle, morte à soixante-seize ans, d'une affection chronique de la poitrine et de diabète. — Oncle paternel, mort d'une cholérine. — Tante paternelle, morte asthmatique. — Autre tante paternelle, morte d'une attaque d'*apoplexie* en un jour. — Autre tante paternelle morte des *convulsions* de l'enfance. — Pas d'aliénés ni de nerveux, ni de bègues, ni de ticqueux dans la famille paternelle.

Mère, quarante-cinq ans, bien portante, n'aurait pas eu de convulsions. — Pas d'autres renseignements sur la famille maternelle.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de seize ans.

Six enfants : 1° une fille de vingt-deux ans, bien portante, un peu nerveuse, mariée, a un enfant de treize mois bien venant; 2° un garçon, mort à dix-sept ans de coxalgie, pas de convulsions, intelligent, aurait eu une *méningite* terminale (?); 3° un garçon, dix-neuf ans, bonne santé, très travailleur, candidat à l'Ecole centrale; 4° une fille, dix-huit ans, bien portante ; 5° notre malade ; 6° un garçon, bien portant, pas de convulsions, apprend convenablement.

Notre malade. — A la *conception*, le père dit « qu'il avait le sang en révolution », ce qui était dû à des ennuis ; la mère était bien portante. — *Grossesse* bonne, mère très impressionnable. — *Accouchement* naturel, à terme, présentation de la tête « il n'y a que pour l'aînée qu'on a eu besoin de fers ». A la *naissance*, l'enfant n'était pas « très fort », pas d'asphyxie. Nourri au sein par la mère. Rien de particulier jusqu'à l'âge de quatre ans.

Vers quatre ou cinq ans, *premières convulsions*, consécutivement diminution de l'intelligence. « Il a toujours été très dur pour apprendre. » N'aurait pas eu d'autres accidents nerveux jusqu'à il y a huit mois. A la suite des convulsions, *bégaiement* très prononcé.

A huit ans, l'enfant a été mis dans une petite pension où il est resté jusqu'en décembre 1895. Puis en sixième au lycée de Versailles. Il apprenait mal, conduite passable, tenue physique défectueuse, avait une épaule qui se nourrissait plus mal que l'autre. On le soumet à une gymnastique spéciale.

Depuis le 1er janvier 1896, le caractère s'est modifié ; l'enfant est devenu entêté, menteur, sombre, avait des *accès de colère* à la moindre contrariété ; a été traité au bromure (de 1 à 6 grammes par jour) par le docteur Bertrand; refus de suivre le traitement.

Fin janvier 1896, à la suite de reproches faits au collège, violente *crise nerveuse :* le corps s'est raidi, puis l'enfant s'est écrié : « Je vais mourir » ; il ouvrait les yeux démesurément, se penchait en arrière et serait tombé si on ne l'avait pas retenu. Durée, moins d'une minute. La même crise s'est reproduite cinq fois, de janvier à juillet 1896. Le caractère a dès lors continué à empirer, le crises de colère sont devenues plus fréquentes. Une fois, chez sa sœur, qui habite à Paris, il a dit qu'il voulait s'en retourner seul chez ses parents à la campagne. Il descend vivement l'escalier, sa sœur le suit, sur le pont d'Austerlitz, colère violente, crie, a les yeux hagards, veut se jeter sous les roues des voitures, puis dans la Seine, s'accroche au parapet, aux reverbères. La crise a duré une heure et demie. Reconduit chez sa sœur, il s'est évanoui cinq minutes. En revenant à lui, il est tout étonné et demande ce qui vient de se passer. — A diverses reprises, a eu des idées de suicide, mais sans tentatives sérieuses. Le langage de l'enfant devient très grossier; il fait des menaces de mort à tous les membres de sa famille : « Demain, vous ne vous réveillerez pas tous, je vous tuerai cette nuit. » Tantôt, il menace du couteau ou de la canne, tantôt, il veut se frapper lui-même si on ne cède pas à ses caprices.

Les fonctions digestives paraissent se troubler, indigestions avec douleurs de tête, se plaint d'avoir mal aux tempes, reste huit jours sans manger; a des douleurs dans les coudes, les genoux, les pieds, avec fièvre. Cependant le sommeil reste bon, sans cauchemars. Pas d'étourdissements. Se figure que sa sœur lui en veut. Pleure quelquefois avant la crise, quelquefois après. Se plaint d'étouffer « ça part du ventre et ça remonte à la gorge ». Pas de paralysie d'un côté du corps. Pas de période d'incontinence d'urine. Aime beaucoup rester au lit, on ne constate pas d'onanisme. Devient plus instable que jamais, après vingt minutes de travail, ça ne va plus.

On ne sait à quoi attribuer ces accidents. Durant l'année 1895, René s'est mis à fumer avec frénésie, jusqu'à dix cigarettes de suite, il fumait même la pipe. Comme on essaie de l'en empêcher, il s'est mis à chiquer avec passion pendant quinze jours. Voulait toujours se promener seul, sans doute pour fumer plus à l'aise. Aurait fait des excès de boisson, modérés mais réels, était souvent altéré, descendait seul à la cave pour y boire surtout du cidre pur, ne partait jamais à la pêche, qu'il aimait beaucoup, sans emporter avec lui un litre de bière ou de cidre. — Il n'a jamais présenté de tendances pyromaniaques.

Etat à l'entrée. — *Etat physique.* — La physionomie paraît intelligente « futée » ; les cheveux sont châtain foncé, assez bien plantés, quelques épis autour du front ; le front est découvert, symé-

trique, arrondi, bosses frontales peu saillantes; le nez est aquilin, bien fait, sans déviation; les sourcils sont bruns, peu fournis; les yeux sont bien ouverts, très fendus, iris marron ; les paupières présentent un bourrelet très régulier, teinte bistrée très prononcée autour des paupières; la lèvre supérieure est assez forte, le sillon médian est régulier ; la lèvre inférieure est en saillie sur la supérieure ; le menton est rond, la bouche moyenne, les pommettes peu saillantes sans coloration précise, le visage est ovale, les oreilles moyennes symétriques ; le crâne est ovoïde, régulier; le teint est mat, légèrement hâlé. — Le thorax est bien proportionné, bombé en avant, région pectorale très développée ; en arrière le thorax est également très bombé ; cet aspect diminue sensiblement quand les bras sont élevés au-dessus de la tête, pas de malformation des omoplates; un peu de dépression entre la pointe des omoplates et le rebord des fausses côtes ; à la partie inférieure de la région dorsale, légère convexité à droite ; les membres sont symétriques, assez bien faits, un peu grêles; les pieds et les mains n'offrent aucune particularité.

Etat physiologique. — Très grande activité, René aime les jeux violents. Debout et assis, l'enfant a une tendance à pencher en avant le haut du corps ; les articulations exécutent passivement et activement les mouvements les plus étendus. — Les fonctions respiratoires et circulatoires paraissent normales ; les fonctions digestives ne sont pas régulières ; tendance à la constipation, appétit très capricieux. — L'ouïe, l'odorat, le goût et le toucher sont normaux, vue faible, légère myopie, l'enfant ne distingue rien dans la demi-obscurité (héméralopie) ; parole normale.

Etat psychologique. — L'intelligence n'est pas celle d'un enfant de son âge au point de vue scolaire. L'écriture est très irrégulière, les lettres ne sont pas liées entre elles, les traits sont durs ; l'orthographe est très faible, les mots les plus usuels sont incorrectement écrits et de façons différentes dans le même devoir; connait les quatre règles, mais ne peut faire le moindre problème ; les connaissances usuelles sont très limitées, l'enfant ne cherchant même pas à se rendre compte de ce qui l'entoure ; aptitudes particulières pour le dessin et la musique. — L'attention et la réflexion sont à peu près impossibles, l'imagination est très bornée ; la mémoire en général, est faible, sauf la mémoire auditive qui paraît très développée ; jugement très variable : tantôt naïf, tantôt assez juste en apparence ; raisonnement peu développé. L'instabilité incoercible qui se manifeste dans toutes les opérations intellectuelles aussi bien que dans tous les autres modes d'activité, paraît être la véritable cause de l'arriération intellectuelle de l'enfant.

Etat instinctif et moral. — René est très gai quand il n'est pas, toutefois, sous l'influence d'un accident nerveux; aime beaucoup

rire, jouer, taquiner ses camarades. Ne reste jamais seul, à moins qu'il ne soit sous le coup d'une crise de colère. — Désordonné, indifférence personnelle à l'égard des objets lui appartenant. — D'une sensibilité exagérée à l'endroit des réprimandes qui déterminent chez lui soit des crises de colères, soit des accès de mélancolie. — Les sentiments affectifs paraissent disparus. — Volonté négative énergique. — Sens moral disparu.

16 *juillet*. — Le jour de son entrée, violente crise de colère quand il a appris qu'on voulait le laisser : il porte, en poussant des cris rauques les deux mains à la tête et se précipite sur un banc en essayant de se cogner la tête. On essaye de le maintenir, il donne des coups de pied de tous les côtés, visant surtout son père ; il se frappe la tête de ses poings, raidit tout le corps, porte le tronc en avant ; la face est congestionnée, les yeux fixes et hagards, les lèvres entr'ouvertes, la salivation abondante ; au bout de deux minutes René se débat (on le maintient toujours), il pleure à chaudes larmes et crie à perdre haleine : « Non, je ne veux pas voir de médecins !... ce sont des charlatans... ils vous font du mal... je ne suis pas malade... qui donc a inventé la médecine ?... qui ?... qui ?... c'était un imbécile celui-là... mais laisse-moi, papa... cré nom d'une pipe, je me sauverai bien ! Ah ! vous voulez me mettre dans une maison de santé !... Vous verrez ce qui vous arrivera... je veux me tuer !... ne me fais pas voir au médecin, car tu sais, tant pis, je frapperai et tu verras... lâche-moi ! Tu ne veux pas me lâcher... un... deux... trois... Ah ! tu me laisses dire trois... tu verras... lâche-moi donc ! » Son père nous quitte et c'est à nous qu'il s'adresse alors : « Lâchez-moi... vous n'avez pas de droits sur moi... je veux m'en aller... au secours, on m'assassine. » On dut le porter jusqu'à la pelouse des jeux. Là, tout en veillant à ce qu'il ne se fasse pas de mal, on le laisse libre de ses mouvements. Il reste un moment étendu sur le gazon, les jambes allongées, les bras en croix, les yeux grands ouverts, fixes ; au bout de cinq minutes, il pleure en croisant les bras sur la figure, se lève, fatigué, se traînant et va s'asseoir sur un banc. Durée totale de la crise de colère : une heure trois quarts.

René ne mange rien à dîner, il est sombre et ne desserre pas les dents. Il se couche sans rien dire. La nuit a été bonne.

17. — René ne mange rien au premier déjeuner ; à midi et le soir, ne prend qu'un peu de potage. Se plaint dans la journée que « l'estomac » lui fait mal ; il paraît avoir des difficultés pour respirer, cela a duré deux minutes et s'est produit à deux reprises.

18. — La nuit a été bonne, bien que l'enfant, en se couchant, se soit encore plaint de douleurs dans l'épigastre. Ne mange pas au premier déjeuner ; mange très peu à midi. Première douche : il faut le déshabiller malgré lui, il se débat, donne des coups de

pied et des coups de poing, injurie grossièrement tout le monde; on ne cède pas. Le soir il n'a pas voulu dîner. Il s'est couché sans difficulté et a bien dormi.

19. — Ne mange pas de la journée, il est resté sombre et taciturne, ne parlant à personne, évitant tout le monde. A la douche se produit la même scène que la veille. A bien dormi la nuit.

20. — Ne mange pas au premier déjeuner, veut écrire à son père à qui il adresse une lettre incohérente et pleine de menaces : « Je te donne jusqu'à jeudi pour venir me chercher, même pas... si tu ne viens pas, gare, etc... » Ces deux phrases sont soulignées plusieurs fois. Se laisse entraîner à jouer un peu du violon, parait heureux de l'attention qu'on a pour lui, demande qu'on lui promette de le laisser faire de la musique de temps en temps. A midi, il mange très bien. A chaque plat qu'on lui offre il prétend ne pas avoir faim, mais il mange tout de même. A deux heures, il joue du violon tandis qu'un de ses camarades l'accompagne sur le piano. A l'heure des douches, refuse de suivre ses camarades et comme on se dispose à l'entraîner malgré lui, il s'écrie : « Lâchez-moi, j'irai tout seul. » Il entre dans le pavillon des douches, se déshabille et se laisse doucher comme les autres. Il cause même gaiement avec ses camarades.

24. — Crise à la suite d'une invitation à écrire une lettre à ses parents. René se couche par terre, fait semblant de dormir; au bout de quelques minutes, quelques contorsions, puis raideur des membres, surtout à droite ; les dents sont serrées, les lèvres écartées, les yeux fixes et grands ouverts. Durée deux minutes. Rémission de trois minutes, puis nouvelles contorsions pendant une minute, sans raideur consécutive. L'enfant reste couché un quart d'heure sur l'herbe, sans dormir et retourne auprès de ses camarades.

Le 25, à table, petit accès de mélancolie d'une durée de cinq minutes environ.

A partir du 26, l'enfant ne présente aucun accident nerveux et suit régulièrement le traitement suivant : un bain par semaine; une douche par jour ; gymnastique ; travaux du jardin ; travaux scolaires ; traitement moral.

A partir du mois d'août l'enfant prend deux douches par jour.

Août. — On a de la peine à obtenir de l'enfant qu'il ne soit pas bruyant en classe : il quitte à chaque instant sa place, interpelle son maître ou ses camarades, taquine ses voisins ; on est obligé à chaque moment d'intervenir pour éviter une rixe, prend ce qui lui tombe sous la main pour se défendre. Au jardin, il ne fait rien qui vaille.

Septembre. — Toujours taquin avec ses camarades. S'est mis une fois en colère. En classe se tient tranquille quand on lui fait

une observation, mais recommence aussitôt. Au jardin, s'acquitte assez bien des petits travaux qu'on lui fait faire (brouette, ratissage des allées).

Octobre. — L'enfant ne taquine plus que dans les jeux. Gai et encore bruyant. Travaille bien en classe, à la gymnastique et au jardin.

Novembre. — Pour le récompenser, ses parents le font sortir du 31 octobre au 2 novembre. René s'est très bien comporté et n'a pas causé le moindre ennui; il est rentré sans difficulté. Aurait été témoin, nous dit sa mère, d'un accident de tramway (un petit enfant renversé par les chevaux). René en a été si impressionné qu'il a tremblé durant vingt minutes. Il n'y a pas eu d'autre suite. — Le 20, on constate un peu d'inflammation du prépuce. Onanisme supposé, surveillance spéciale.

Décembre. — Bon mois, pas de colère. — L'inflammation du prépuce a complètement disparu.

1897. *Janvier.* — Il sort huit jours avec ses parents à l'occasion du jour de l'an. A sa rentrée, ses parents nous font des éloges sur sa bonne tenue et sa docilité.

Février. — Un mouvement de colère, le 1er; veut se précipiter sur un de ses camarades qui l'avait contrarié. Regard méchant. A été vite calmé.

Mars. — L'enfant sort à l'occasion du mardi gras, il est resté dix jours dans sa famille; n'a eu ni l'ombre d'une crise, ni la moindre velléité de désobéissance. — Fait docilement et très bien tous les exercices de gymnastique (échelle convexe, échelle horizontale, anneaux, mouvements d'ensemble). — Au jardin, travaille avec goût; tout ce qu'il fait est proprement fait. — En classe, travaille régulièrement, a fait quelques progrès en orthographe, en calcul, a acquis quelques notions élémentaires mais très précises sur la géographie de la France et sur l'histoire de la Révolution. — Son instabilité et son étourderie ont considérablement diminué. — S'est mis avec goût à l'étude du violon où il fait tous les jours des progrès. — Le caractère s'est bien amélioré, l'enfant n'a eu aucun mouvement de colère, bien qu'il ait été plusieurs fois taquiné par un de ses camarades.

Avril. — Le 6, les parents le ramènent chez eux. Les mensurations de la tête à l'entrée et à la sortie n'accusaient qu'une augmentation d'un millimètre.—Poids : à l'entrée, 39,100 ; à la sortie, 47,200.—Taille : à l'entrée, 1,50; à la sortie, 1,54.—Dynamomètre : à l'entrée, D. 24; G. 9; à la sortie, D. 30; G. 25. — Depuis sa sortie, nous avons eu l'occasion de voir René, en décembre 1897; ses parents, que nous rencontrons, nous disent que l'enfant va

très bien, qu'il n'a plus eu de crise, qu'il est en pension à D... où on est très content de lui. — La physionomie de l'enfant est fraîche; en causant avec lui on s'aperçoit que l'enfant est tout à fait calme, et l'affection qu'il nous témoigne nous fait supposer qu'il a conservé un très bon souvenir de son passage à l'Institut médico-pédagogique. — Enfin, en avril 1898, la mère nous dit qu'elle a été très surprise des changements survenus chez René.

Réflexions. — I. Les renseignements concernant l'hérédité sont insuffisants, surtout dans la lignée maternelle. Du côté du père, une tante est morte d'une attaque d'apoplexie. Un frère aurait eu une méningite (?).

II. L'enfant aurait été tout à fait normal jusqu'à quatre ans. Entre quatre et cinq ans sont apparues des *convulsions* suivies d'un affaiblissement de l'intelligence et d'un bégaiement très prononcé. De huit à onze ans, il apprenait mal. A partir de janvier 1896, le caractère s'est modifié : l'enfant est devenu entêté, menteur, sombre et sujet à des *accès de colère*. A la fin de janvier 1896, il a eu une première crise nerveuse, hystériforme. De là, jusqu'à juillet 1896, il a eu cinq autres crises. Puis, le caractère s'empire, les crises de colère se multiplient. O... menace de se suicider, de tuer les membres de sa famille, sans qu'il y ait une tentative vraiment sérieuse. Le travail intellectuel devient de plus en plus difficile. L'instabilité mentale augmente. Abus du tabac (cigarettes, pipes et chiques), il s'y joint des excès de boissons. C'est pour l'ensemble de ces faits qu'il est placé à l'Institut médico-pédagogique.

III. Durant les premiers jours de son admission, René a eu des crises de colères, a refusé de manger, et adressé des injures à tout le monde. Au bout de plusieurs jours, la période d'excitation s'est progressivement atténuée. L'état mélancolique intermittent a disparu.

IV. Sous l'influence de l'isolement et du traitement médico-pédagogique, ainsi que de la suppression des boissons et du tabac, René est devenu tout à fait calme et raisonnable; les accès de colère ont tout à fait disparu; et il est sorti au bout de dix mois, guéri; nous disons guéri, car, nous avons eu l'occasion de revoir sa mère en avril 1898, c'est-à-dire un an après sa sortie; elle nous a assuré qu'il était redevenu

tout à fait naturel, laborieux, et s'est montrée très satisfaite des résultats obtenus. Les tendances à boire ne se sont pas manifestées de nouveau.

V. Les cas de ce genre ne sont pas rares et appartiennent à l'histoire de l'alcoolisme de l'enfance. Ils peuvent guérir en général assez facilement, à la condition, qu'on ait recourt sans hésitation à l'*isolement* et qu'on applique avec méthode et avec suite le *traitement médico-pédagogique*.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. **Paralysie du voile du palais et du facial inférieur droit avec parésie du pneumogastrique et du phrénique dans un cas d'angine diphthérique**; par M. Varnali (de Bucarest). (*Presse médicale*, 13 août 1898.)

Observation d'un cas d'angine diphthérique compliquée de névrite périphérique des nerfs pneumogastriques, phréniques et facial inférieur droit. Les troubles uerveux observés ont consisté en une paralysie complète du voile du palais et des muscles du pharynx ; une parésie du diaphragme s'accompagnant de mouvements ataxiques de ce muscle, et produisant une gêne notable de la respiration; des troubles cardiaques (tachycardie); les signes classiques de la paralysie du facial inférieur droit, et enfin des troubles subjectifs de la sensibilité (sensation de froid, fourmillements). Il est à remarquer que toutes les ramifications du pneumogastrique n'étaient pas envahies par le processus morbide : tandis que les branches actionnant le voile du palais, le pharynx et le cœur étaient atteintes, celles destinées à l'innervation du larynx étaient intactes. Cette dissémination irrégulière des altérations dans les ramifications nerveuses est un des caractères les plus constants des polynévrites. A. Fenayrou.

II. **Un cas de paralysie ascendante aiguë**; par MM. Roger et Josué. (*Presse médicale*, 27 juillet 1898.)

Observation d'un malade atteint de paralysie ascendante aiguë, à l'autopsie duquel des lésions très notables ont été constatées dans

la moelle épinière : altérations d'intensité variable des cellules de la substance grise, particulièrement des cellules des cornes antérieures (noyau moins net et déplacé, parfois même disparu; nucléole refoulé à la périphérie du noyau; chromatolyse plus ou moins accentuée ; disparition du réticulum protoplasmique). Absence de congestion sanguine. Prolifération des cellules névrogliques. Les parties des racines rachidiennes comprises dans les coupes paraissaient normales. Ces lésions, très prononcées au niveau du renflement lombaire, existaient encore, mais moins accusées, dans la moelle cervicale. L'examen bactériologique a permis d'établir que la maladie avait été produite par le pneumocoque. Cette observation est la première dans laquelle ce microbe soit signalé comme l'agent pathogène de la paralysie ascendante aiguë. Elle temps à confirmer l'opinion généralement admise aujourd'hui, mais non encore définitivement établie, d'après laquelle la maladie de Landry serait une poliomyélite suraiguë que peuvent déterminer les agents microbiens les plus variés.

A. FENAYROU.

III. Un cas de paralysie faciale double d'origine bulbaire; par M. MALLY. (*Presse médicale*, 27 août 1898.)

MM. Bordier et Frenkel (de Lyon) ont décrit un signe clinique nouveau des paralysies faciales d'origine périphérique. Ce signe consiste essentiellement en ce que le sujet ne peut pas fermer les paupières du côté paralysé, sans dévier en même temps le globe oculaire en haut et légèrement en dehors. Selon M. Mally, ce symptôme ne saurait prendre place à côté de ceux dont l'existence et l'exactitude sont démontrées d'une façon indiscutable. Il résulte, en effet, des recherches de l'auteur, que la révulsion du globe oculaire en haut et en dehors s'observe chez un grand nombre de sujets sains et qn'un certain nombre de paralysés ne présentent pas cette déviation. Au point de vue thérapeutique, M. Mally conseille de s'abstenir de traiter par l'électricité les malades atteints de paralysie faciale grave, c'est-à-dire avec réaction de dégénérescence complète d'emblée. Chez ces sujets, ce mode de traitement est toujours inutile; il peut même être dangereux en favorisant l'apparition des contractures. L'emploi de l'électricité doit être réservé aux cas de paralysie faciale avec réaction partielle de dégénérescence ou sans altération de l'excitabilité électrique. La recherche de l'excitabilité électrique a permis à l'auteur, dans un cas qu'il rapporte, de prévoir l'évolution de la maladie. Il s'agissait d'un homme atteint de paralysie faciale double. Selon les prévisions de M. Mally, une amélioration s'est rapidement produite du côté droit où l'excitabilité électrique était normale, tandis que

la paralysie a persisté, avec peu de tendance à la guérison, du côté gauche où l'on constatait l'existence de la réaction complète de dégénérescence. A. Fenayrou.

IV. **L'hypotonie musculaire dans le tabes**; par M. Frenkel, de Heiden (Suisse). (*Presse médicale*, 20 juillet 1898.)

L'auteur étudie sous ce titre un phénomène consistant en ce que, par suite de la diminution du tonus de certains groupes musculaires, et en dehors des troubles de la coordination, des mouvements anormaux peuvent être exécutés par des tabétiques, ou bien, que l'on peut donner à leurs membres des positions impossibles chez l'homme normal. C'est ainsi, par exemple, que la jambe en extension, qui, dans les conditions normales ne peut être élevée volontairement que dans une mesure très restreinte, est susceptible de subir chez les tabétiques, par suite de l'hypotonie des fléchisseurs de la jambe, une élévation plus considérable, telle, parfois, que ce membre touche la face du malade. M. Frenkel indique le moyen de constater l'hypotonie et d'en mesurer le degré pour une série de groupes de muscles (extenseur de la jambe, adducteurs de la cuisse, muscles des membres supérieurs, musculature du ventre, etc.). En dehors de l'ataxie locomotrice progressive, l'auteur n'a constaté que deux fois ce phénomène; il croit pouvoir affirmer que c'est un symptôme constant et initial du tabes, qui fait son apparition, à peu d'exceptions près, dans la période préataxique et peut servir à diagnostiquer le tabes au début. L'hypotonie musculaire n'est pas nécessairement liée à la mollesse ou à la flaccidité des muscles. L'existence de ce phénomène peut rendre la démarche anormale et il y aurait lieu de rechercher dans le mouvement dit ataxique, ce qui dépend de l'hypotonie musculaire et de l'ataxie proprement dite. Lorsque l'hypotonie est très accentuée, il est possible de la reconnaître chez le malade au repos par suite de l'attitude plus ou moins anormale qu'elle imprime aux membres. L'état pseudo-parétique des muscles hypotoniques pourrait peut-être expliquer certains troubles oculaires (paralysie apparente de certains muscles de l'œil avec intégrité absolue ou à ou à peu près complète de ces mêmes muscles), ou laryngés (paralysie des cordes vocales avec troubles respiratoires et intégrité de la voix), observés chez les tabétiques. Les troubles de la vessie et du rectum chez ces malades sont plutôt de nature hypotonique que parétique; il en est sans doute de même de certains troubles cardiaques ou vasculaires, en particulier de la tachycardie.

La cause de l'hypotonie musculaire est encore indéterminée. On a voulu la trouver dans la diminution des impulsions réflexes qui, venant des racines postérieures, tiennent les cellules motrices

dans un certain degré d'excitation. Mais diverses particularités cliniques tendent à faire rejeter cette hypothèse. A. FENAYROU.

V. Méningite cérébro-spinale épidémique. Quelques cas observés à la clinique du professeur C.-P. Delyannis; par M. D. ASSIMIS (d'Athènes). (*Presse médicale*, 28 mai 1898.)

Relation de quelques cas de méningite cérébro-spinale observés au cours d'une même épidémie. La maladie a revêtu, tantôt la forme comateuse, tantôt la forme syncopale et pétéchiale, d'autres fois, une forme abortive. Dans plusieurs cas, elle a eu une évolution foudroyante. Six malades sur seize ont succombé. Une particularité clinique digne de remarque réside dans ce fait que la présence d'albumine dans les urines a été constatée jusqu'à la mort, dans tous les cas funestes, tandis que ce symptôme a disparu au bout de quelques jours, dans tous les autres cas. L'examen bactériologique de l'exsudat des méninges et du sang de divers organes, pratiqué après l'autopsie de deux sujets, a permis à l'auteur de constater l'existence d'un microbe ayant la forme d'un coccus sphéroïde, tantôt isolé, tantôt groupé en diplocoque, extra-cellulaire, à grains inégaux, ne prenant pas le Gram. M. Assimis a retrouvé ce même agent dans le sang de trois malades pendant leur vie. Ce microbe a pu être cultivé sur pomme de terre et sur bouillon; il s'est montré inoffensif pour la souris et le lapin, même en inoculation intra-péritonéale et intra-pleurale. Il diffère par ces deux points du microbe trouvé par Weischselbaum dans la même affection, lequel ne se cultiverait pas sur pomme de terre et bouillon et serait pathogène pour la souris. A. FENAYROU.

VI. Localisation élective des éruptions cutanées sur le côté intéressé par une affection nerveuse unilatérale d'origine centrale; par M. G. ETIENNE. (*Presse médicale*, 10 septembre 1898.)

L'auteur rapporte plusieurs observations de malades atteints d'affections nerveuses unilatérales d'origine centrale (hémiplégie avec ou sans contractures, sclérose en plaques disséminées à forme hémiplégique, névralgie faciale droite, etc.). Des éruptions cutanées, variables selon les sujets (éruption bulleuse, pustules varioliques ou vaccinales, furoncles, acné, etc.), se sont manifestées ou ont été provoquées à un moment donné, chez ces malades; ces éruptions ont présenté cette particularité, qu'elles se sont localisées du même côté que les troubles nerveux préexistants. M. Etienne rapproche ses observations de celles, publiées récemment par MM. Charmeil et Boulogne, dans lesquelles les exanthèmes de la syphilis et des fièvres éruptives apparaissant chez des malades atteints d'affections spasmo-paralytiques, ont respecté, complète-

ment ou presque complètement, les téguments des membres paralysés. L'étude de ces faits ne permet pas d'établir avec précision le mécanisme de ces localisations cutanées ; il est seulement manifeste que, ni la nature de l'éruption, ni les phénomènes de contracture, ne jouent un rôle dans la détermination de la localisation au membre sain ou malade. A. Fenayrou.

VII. **Rapports entre la maladie du sommeil et le myxœdème** ; par M. Briquet (d'Armentières). (*Presse médicale*, 7 septembre 1898.)

La symptomatologie de la maladie du sommeil et celle du myxœdème présentent de nombreux points de ressemblance. L'anéantissement des forces, l'apathie, l'obnubilation de l'intelligence, l'abaissement de la température du corps, la sécheresse de la peau sont des signes communs à ces deux affections. L'assoupissement existe aussi dans la maladie du sommeil comme dans le myxœdème ; il est, seulement, beaucoup plus prononcé dans celle-là que dans celui-ci. Les hydropisies, symptôme important du myxœdème, semblent rares dans la somnose, mais ont été signalées dans certains cas ; un auteur anglais, Clark, donne même à la maladie du sommeil le nom de « sleeping dropsy», hydropisie qui endort. Dans les deux affections, s'observent des troubles menstruels. L'une et l'autre ont une évolution lente avec possibilité de rémissions. On a prétendu que la maladie du sommeil est héréditaire ; cela a été signalé aussi pour le myxœdème. Le fait que la somnose s'observe presque exclusivement chez des sujets d'origine africaine, ne pourrait suffire à établir une différence radicale entre cette affection et le myxœdème, si l'existence d'un lieu de parenté entre les deux affections était bien démontrée. Mais cette démonstration ne sera faite que lorsqu'on aura élucidé la pathogénie, encore très obscure, de la maladie du sommeil.

L'auteur estime que, alors même que de nouvelles recherches permettraient d'affirmer que les deux maladies sont absolument distinctes et que la suppression fonctionnelle du corps thyroïde n'est pour rien dans l'étiologie de la sommose, on est en droit d'espérer qu'on retirera grand profit, dans la maladie du sommeil, du traitement thyroïdien, grâce à son pouvoir accélérateur de la nutrition. A. Fenayrou.

VIII. **Un cas de paralysie juvénile avec syphilis héréditaire** ; par le Dr Saporito.

Le cas rapporté par le Dr Saporito porte à 75 environ les cas aujourd'hui connus de paralysie générale juvénile avérée : il constitue, en outre, le premier apport de l'Italie au bilan clinique de plus en plus riche de la maladie.

Il s'agit d'un syphilitique héréditaire de dix-huit ans, chez qui l'affection a revêtu une forme rapide : en effet, la durée n'a été que de onze mois, y compris la période préparalytique. Les symptômes physiques ont dominé la scène : du côté mental, il n'y eut qu'une simple démence, croissant progressivement du début à la fin de la maladie, sans délire, ou au moins avec pâles conceptions délirantes. Le diagnostic n'en reste pas moins démontré par l'ensemble des symptômes, la marche de la maladie et la description anatomo-pathologique. (*Annales médico-psychologiques*, août 1898.) E. B.

IX. Conditions pathologiques comparables au myxœdème chez le nègre; par le Dr J. Berkley.

Alors que le myxœdème était considéré, jusqu'à présent comme une maladie inconnue dans la race nègre, l'auteur a pu recueillir chez le nègre huit cas d'épaississement particulier de la peau, ayant la particularité d'être localisé, mais identique sous tous ses aspects, à part le caractère de diffusion, à celui que présentent les observations de crétinisme sporadique chez la race caucasique.

Sur les huit cas, quatre se trouvaient chez des idiots, un chez une femme démente paralytique à la troisième période, un chez un maniaque aigu et deux chez des affaiblis. Chez tous ces malades, l'épaississement de la peau était localisé aux téguments du cuir chevelu et du cou.

Dans deux des cas les cheveux étaient, au niveau des parties myxœdémateuses, gros, clairsemés et rudes.

Les sécrétions de la peau ne paraissaient pas altérées et même, au niveau des zones myxœdémateuses, la peau ne présentait pas cette sécheresse, cette rudesse qui est une des principales caractéristiques de la maladie. Les plis de la peau avaient disparu au niveau des parties atteintes.

Au palper, les parties myxœdémateuses avaient une consistance ferme, non élastique, comme si de la gélatine avait été injectée sous la peau : la pression au doigt ne laissait pas de trace, mais il y avait comme un léger rebondissement quand la pression cessait. Dans sept cas sur huit la glande thyroïde était ou atrophiée ou inférieure à la normale. L'examen du sang ne montra aucune modification de la forme ou du diamètre des globules rouges, altérations que Kraepelin avait trouvées dans le myxœdème.

Les résultats obtenus par l'administration de l'extrait thyroïde ont péremptoirement prouvé que cet épaississement gélatiforme de la peau du cuir chevelu et du cou était de même nature que dans le myxœdème, car sous l'influence de cette médication l'amélioration fut rapide. Non seulement il n'y eut pas d'accident pendant l'administration de l'extrait thyroïdien, mais encore il y eut, chose

intéressante à noter, amélioration de l'état mental. (*American journal of insanity*, janvier 1898.) E. B.

X. **Lèpre anesthésique**; par le Dr HERSMAN.

L'auteur a pu observer un cas de lèpre anesthésique à l'hôpital de Pittsburgh. Un examen des tissus malades lui montra les bacilles de la lèpre. Ces bacilles n'étaient pas réunis en masses denses dans les cellules lépreuses comme on les rencontre dans la lèpre tuberculeuse, mais dispersés, comme on les observe ordinairement dans les formes anesthésiques.

L'observation de ce cas confirme les idées de Hunter sur la lèpre à savoir que cette maladie est purement locale, non héréditaire, à proprement parler, transmissible par inoculation seulement, et causée par un bacille spécifique qui trouve ses conditions d'existence dans le sol. (*The Alienist and Neurologist*, janvier 1898.)

XI. **Syphilis cérébrale avec lésions étendues des nerfs craniens**; par le Dr PRESTON.

Intéressante observation de syphilis cérébrale chez un nègre de trente-sept ans.

Les manifestations de l'affection sont multiples : hémiplégie droite et hémianopsie du côté droit, d'origine centrale probablement, avec atteinte du nerf facial droit, du nerf olfactif gauche, du trijumeau gauche et du glosso-pharyngien gauche. Il paraît s'agir là d'une leptoméningite gommeuse, à tendance envahissante, irrégulièrement répartie mais avec prédominance des lésions du côté gauche. (*The Alienist and Neurologist,* janvier 1898.) E. B.

XII. **Sur la chorée d'Huntington**; par M. CLARKE. (*Brain*, part. LXXVII.)

Héréditaire, frappant les adultes et souvent plusieurs membres d'une famille pour aboutir généralement à l'aliénation mentale, cette chorée a été rarement décrite avec autopsie : 1° J. T..., peintre, cinquante-quatre ans, aspect sénile; une tante et deux oncles paternels morts aliénés, un oncle paternel choréique à cinquante ans avec intermittences d'aliénation, un autre choréique à trente ans, aliéné à trente-trois, tous précocement séniles ; ni alcoolisme, ni syphilis, ni choc, ni trauma ; à quarante-neuf ans, secousses dans le pied droit, puis dans le bras droit, étendues enfin à tous les membres; depuis six mois diminution de la mémoire, intervalles d'agitation avec incohérence ; extension de la chorée à la face et à la langue s'exagérant pendant les mouvements et cessant pendant le sommeil. Yeux et pupilles indemnes. Sensibilités diverses

et réflexes normaux. Pas de troubles trophiques ni viscéraux, affaiblissement des facultés sans délire.

2° Frère du précédent malade, plus jeune, même aspect, même état, irritabilité, agitation suivie de psychose calme à caractère démentiel, mort de bronchopneumonie. *Autopsie :* lordose lombaire, crâne mince, injection des méninges sans adhérences. Ecorce 1/5 plus mince que normalement, couche granuleuse foncée; couche de petites cellules pyramidales altérée surtout dans la région psychomotrice, cellules rabougries et trop pigmentées; légères extravasations sanguines, prolifération névroglique; isthme et moelle indemnes.

3° Homme, quarante-six ans (père choréique à trente-neuf ans, mort d'accident à quarante-trois), deux sœurs choréiques avec sénilité précoce, le malade choréique identiquement aux deux cas ci-dessus, même forme, même marche, senium précoce, démence, a une fille athétosique. D'après ces trois cas, ceux de Diller, Suckling, Sinkler, Reynolds, Oppenheim, Dana et ceux de Kroutal et Kalischer, sur un total de 174 personnes appartenant à diverses familles, 38 furent atteintes à un âge moyen de 33,2 ans et moururent à un âge moyen de 41,2 ans. Les hommes sont plus souvent atteints. A l'autopsie on trouve une certaine prolifération névroglique avec épaississement de la paroi des vaisseaux, dégénérescence cellulaire surtout des petites pyramidales de la région psychomotrice, et de la colonne de Clarke. Rapprochant ces données des cas graves de chorée ordinaire avec hypérémie corticale de l'aire motrice quelquefois compliqués de manie, l'auteur pense que des deux côtés la localisation morbide prédominante sur l'aire motrice détermine le syndrome choréique. F. Boissier.

XIII. Des symptômes précoces du tabes dorsal; par W. de Bechterew. (*Centralbl. f. Nervenheilk,* XXI, N. F. ix, 1898.)

Les *réflexes cutanés*, notamment abdominaux et épigastriques, paraissent dans les périodes de début du tabes, notablement exagérés, tandis que les réflexes tendineux, achilléen et patellaire, sont épuisés dès le commencement de l'affection. Cette coïncidence est pathognomonique du stade initial. Elle peut servir à distinguer le tabes du pseudotabes, mais cela demande une observation plus complète. L'*analgésie du cubital* au coude (signe de Bernatzki) manque fréquemment au début du tabes; la simple compression de ce nerf avec la main suffit pour s'en rendre compte. Par contre, l'*insensibilité à la pression du sciatique poplité interne* dans le creux poplité, l'articulation du genou étant à demi fléchie, est plus fréquente que l'analgésie du cubital; on la trouve quelquefois de très bonne heure alors qu'on ne rencontre pas le signe de Bernatzki. L'*insensibilité du muscle à la compression*, entre les doigts,

surtout au mollet, apparaît parfois aussi dès les premières périodes de la maladie, alors que la sensibilité musculaire proprement dite et la sensibilité cutanée ne présentent point de de modifications essentielles. P. Keraval.

XIV. **Myokymie dans un cas de paralysie saturnine** ; par O. Buber. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Il s'agit de contractions parfois fugaces, indolentes et sans effet moteur, qui parcourent tous les muscles du corps ; le plus habituellement le malade ne s'en aperçoit qu'à l'occasion de certains actes, celui de se vêtir par exemple, ou bien quand, ce qui arrive de temps à autre, il éprouve des crampes douloureuses, mais généralement les contractions sont de courte durée. Elles courent en rampant soit parmi les fibrilles, soit parmi les gros faisceaux, soit dans toute la masse des muscles épargnés par le plomb, et pour cette raison hantent les membres inférieurs. Tout à coup on voit se produire une bosse dure qui subsiste pendant plusieurs secondes, puis se ramollit sous l'influence de convulsions cloniques répétées s'affaiblissant graduellement. La contraction est-elle exagérée, le malade s'en aperçoit par une douleur. La station debout, l'effort, les coliques augmentent. L'amélioration de la paralysie saturnine coïncide avec une amélioration correspondante du jeu de la contractilité musculaire disséminée. L'examen des muscles atteints par le plomb fournit : — inexcitabilité faradique par action directe ou indirecte ; réaction dégénérative galvanique avec contraction lente des deltoïdes, biceps, extenseurs ; inexcitabilité galvanique des supinateurs et muscles de l'éminence thénar. Dans les deux triceps on trouve une diminution de l'excitabilité galvanique et faradique directe ou indirecte, avec, par instants, tétanos prolongé. La génération par sauts des accidents myokymiques, leur ressemblance avec les allures des muscles dans le cours de l'atrophie musculaire spinale progressive et de la syringomyélie, et surtout, la rareté de la myokymie dans le saturnisme concordant avec la rareté relative des lésions spinales antérieures dans la paralysie saturnine, permettent de supposer une irritation spinale. P. Keraval.

XV. **Les causes de l'ataxie dans le tabes dorsal** ; par Frenkel. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Si l'on s'en tient à l'examen approfondi de tabétiques certains, on dégage les caractères spécifiques de l'ataxie tabétique et l'on peut essayer de chercher une explication complète dans les manifestations cliniques et anatomiques du tabes. C'est ce qu'a fait M. Frenkel sur cent cinquante malades, soit à l'établissement d'Heiden, soit à la clinique de Charcot-Raymond à la Salpêtrière.

Après avoir longuement analysé leurs particularités, il en vient à la théorie qui lui paraît rationnelle.

Deux faits cliniques renversent la théorie centrale d'un centre coordinateur du système nerveux. L'ataxie s'exagère ou apparaît quand elle était passée inaperçue, lorsqu'on fait fermer les yeux au malade, non seulement dans la station verticale, mais aussi dans le décubitus dorsal. Cette influence de la vue ne s'exerce pas dans la maladie de Friedreich et dans les affections cérébelleuses. Le genre et le degré de l'ataxie varient encore selon les circonstances extérieures. La théorie de l'activité anormale des centres psychiques élevés (perversion de la conscience et de l'imagination) est renversée par ce fait que la modification de l'ataxie selon les circonstances extérieures est précisément une adaptation au changement des conditions extérieures.

Théorie de la sensibilité. — L'ataxie est en rapport avec les membres dont la sensibilité est le plus atteinte. Là où existe le plus grand trouble de la sensibilité, existe la plus grande ataxie. Les exceptions ne sont qu'apparentes et s'expliquent par des complications telles que l'hypotonie de quelques groupes musculaires. Mais cette hypotonie, constante dans le tabes, n'influe sur le degré de l'ataxie que lorsqu'elle est assez vive pour permettre d'exagérer l'excursion d'une articulation, par flaccidité de la capsule articulaire. La capacité de la marche s'aggrave quand l'hypotonie est inégalement grande des deux côtés. Une forte ataxie du tronc peut gêner la capacité de la locomotion avant que l'ataxie des jambes n'ait atteint un degré élevé.

La vue sert à renseigner et orienter le malade sur la situation de ses membres avant le début du mouvement, puis sur leur état pendant chaque phase du mouvement; c'est ainsi qu'il peut dans certaines limites le corriger, tandis que lorsqu'il a les yeux fermés et est atteint de grands troubles de la sensibilité, il ne le peut plus. Quand le trouble de la sensibilité n'est encore que faible, l'exagération de la tension des muscles lui sert d'indicateur, les yeux fermés, et lui fournit des renseignements correcteurs, aussi n'est-il ataxique que pour les mouvements difficiles. C'est en réagissant sur le trouble de la sensibilité du système musculaire et articulaire que le patient est ataxique.

L'amélioration de l'ataxie tabétique n'en prouve point l'origine centrale; sans doute le réapprentissage de la coordination améliore la sensibilité, mais ce n'est pas constant, et le degré de cette amélioration n'est pas suffisant pour autoriser une telle conclusion. Il n'est pas rare de voir la coordination améliorée, malgré la persistance de troubles sensibles extrêmes ; l'exercice augmente mécaniquement la capacité de réaction des appareils coordinateurs et habitue les appareils centraux régulateurs à se contenter d'un minimum d'impressions sensibles. Pas plus que l'apprentissage

d'un travail de coordination manuelle n'affine chez un homme sain la sensibilité objectivement mesurable, pas plus la rééducation des mouvements coordinateurs perdus de l'ataxique n'améliore nécessairement sa sensibilité. P. KERAVAL.

XVI. **Quelques manières de voir relatives à l'étiologie et au traitement du tabes**; par F.-A. HOMEN. (*Neurolog Centralbl.*, XVI, 1897.)

L'auteur indique qu'il a suivi et traité 47 malades. Huit n'avaient eu ni chancre mou, ni signes constatables de syphilis, quoique celle-ci fût extrêmement probable chez trois et peut-être chez quatre d'entre eux. Sept avaient eu très probablement des chancres mous. Trente-deux, soit 68 p. 100, étaient *certainement syphilitiques*. Trente et un parmi ceux-ci avaient subi un traitement tout à fait insuffisant pour une syphilis d'ailleurs légère. On constatait en outre des causes adjuvantes telles que le refroidissement et les fatigues. Une seule observation concerne une femme qui fut infectée par son mari peu de temps après son mariage, et encore la nature de la maladie ne fut-elle pas reconnue immédiatement ; le tabes débuta vingt ans après l'infection. — Le meilleur traitement du tabes est la gymnastique passive avec exercices de coordination, la méthode de Frenkel. P. KERAVAL.

XVII. **Hyperhidrose unilatérale**; par H. TEUSCHER. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Classification et étude critique des hyperhidroses unilatérales de Raymond et Kaiser. Aux hyperhidroses dues à des affections du système nerveux, l'auteur ajoute une observation d'épileptique alcoolique de quarante ans. Aux hyperhidroses réflexes (cl. IV) : *a*) il joint des formes en rapport avec la *dégénérescence mentale* ; ce serait l'hyperhidrose dégénérative par migraine, hystérie, maladie de Basedow, hypochondrie, neurasthenie ; il en rapproche l'éphidrose unilatérale par maladie infectieuse sans autres symptômes du côté du système nerveux ; *b*) il joint encore l'hémidrose d'apparence idiopathique qui n'est pour lui qu'un symptôme de dégénérescence ; observations à l'appui de Berger, Ollivier, Raymond.

Trois observations personnelles sont destinées à montrer que certaines *sueurs unilatérales* jusqu'ici autonomes sont bien en rapport avec la *dégénérescence mentale*. P. KERAVAL.

XVIII. **La neurasthénie et le commerce du monde**; par M. L.-O. GRANHOLM.

Comme une cause principale de la neurasthénie l'auteur regarde les rapports trop étendus et trop fréquents avec le monde.

L'effet d'une telle vie est stimulant par les sensations et les impressions différentes et multiples. Il s'ensuit un état d'excitation qui se continue encore quelque temps après chaque commerce, et si ceux-là se répètent trop souvent il en résulte une excitation permanente où l'individu perd de plus en plus la domination sur son système nerveux. Conformément à l'effet des autres matières stimulantes il s'établit une nécessité de cette vie inquiétante et l'individu devient incapable d'occupations régulières. Le défaut du repos nécessaire affaiblit la résistance de tout l'organisme. Surtout chez les enfants on peut observer les troubles nerveux d'une vie en commun. Sans que l'enfant ait trop veillé, il est le lendemain nerveux et irrité. On voit que malgré le repos normal de la nuit l'excitation persiste encore. Il va sans dire que la première étape du traitement d'un tel cas doit être de ramener le malade aux habitudes réglées. Il peut être nécessaire d'employer une cure d'isolement. (*Finska Lakaresalls-Kapets Handlingar*, n° 10, octobre 1898, p. CXIX.)

XIX. Contribution à la connaissance de l'ophthalmoplégie externe ;
par le Dr E.-A. Homen.

Après un précis historique des doctrines de l'ophthalmoplégie, l'auteur cite deux cas d'une ophthalmoplégie externe progressive, chronique, d'une pureté rare et sans complications. Ces cas offrent un intérêt encore plus spécial parce que les deux malades étaient jumeaux et par l'opération pratiquée pour améliorer leur état consistant dans une transplantation musculaire.

Les malades, deux hommes, furent inscrits dans le service de l'auteur à la clinique universitaire. Leur âge est de vingt-sept ans ; point de dispositions héréditaires. Avec grande probabilité les parents n'ont pas été syphilitiques, non plus les deux garçons, comme les données de recherches et d'examens minutieux l'ont prouvé. A l'âge de quinze à dix-sept ans, presque simultanément et sans aucune cause connue ou acceptable, on a remarqué chez tous les deux une diminution dans la capacité de lever les paupières supérieures qui commençaient à pendre. Bientôt on observa encore une diminution de la motilité des globes des yeux. Depuis ce temps l'affection paralytique des muscles oculaires a augmenté progressivement jusqu'au degré présent, sans que les malades aient jamais vu des images doubles.

Chez l'un, les paupières supérieures étaient pendantes à peu près au même degré des deux côtés ; l'ouverture était de 4 à 5 mm. En ridant encore plus le front elle arrive à 7 mm. environ. La motilité des bulbes des yeux est aussi très réduite ; le malade n'est capable de les remuer de côté que tant que le bord cornéo-scléral se rapproche et s'éloigne de a commissure exté-

rieure à 1 à 2 mm ; vers le haut et le bas la motilité est encore inférieure.

Chez l'autre frère la paupière droite est un peu moins pendante, mais la gauche davantage. La motilité des bulbes, surtout du côté droit est un peu plus grande que chez le frère.

L'accommodation est chez tous les deux normale ; aussi aucune insuffisance dans la réaction pupillaire pour la lumière et la convergence n'est observable. Surtout chez le premier malade il y avait une légère parésie du nerf facial, spécialement de sa première et deuxième ramification du côté droit. Les autres nerfs craniens sont intacts. Aucun trouble non plus dans l'intelligence, les autres organes des sens, la motilité, la sensibilité, les actions réflexes ou dans les organes intérieurs.

Comme traitement, on a employé l'iodure de potassium et l'électricité. On a aussi traité le premier cas par frictions mercurielles mais sans aucun effet.

N'ayant obtenu qu'une amélioration très minime par le traitement, on a pratiqué une transplantation musculaire afin d'augmenter la motilité des paupières. L'opération fut exécutée sur la demande de l'auteur par le Dr A. Forselles, d'après une méthode inventée par lui-même. Premièrement, on a opéré l'œil gauche du second malade, puis le même œil du premier. L'opération fut pratiquée en détachant le bout périphérique du muscle releveur de la paupière et en le fixant par des sutures de catgut au muscle frontal.

Dans le cas premièrement opéré, on a obtenu une guérison primaire et le malade peut maintenant lever sa paupière jusqu'à environ un centimètre. Dans le second cas le résultat fut troublé par une infection de la plaie.

Vu le commencement lent de la maladie, sa progression continuelle presque égale des deux côtés, sans images doubles, et enfin vu le fait que les muscles oculaires intérieurs sont intacts, l'auteur regarde l'affection comme une ophthalmoplégie de nature nucléaire, qui pendant dix ans s'est tenue dans une pureté exceptionnelle, à part la participation légère du nerf facial, surtout ses deux branches supérieures du côté droit, dans le premier cas. Le fait que les malades étaient jumeaux et que la maladie avait commencé simultanément et de la même manière sans cause connue, et qu'elle a pris une marche tout à fait égale, rend probable la supposition d'une affection congénitale ou héréditaire.

Le résultat de l'opération, une transplantation tendineuse ou musculaire, prouve qu'elle est bien exécutable et mérite d'être pratiquée dans les cas où le ptosis a atteint un très haut degré. (*Finska Lækaresællskapets Handlingar*, n° 10, octobre 1898, p. CXIV.)

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. Du délire psychique post-opératoire; par le Dr Picqué.

En examinant l'historique de la question, on voit, d'une part, les psychologues et les médecins tendre, avec plus ou moins de parti pris, à aggraver la responsabilité de l'acte opératoire, dans la production des divers délires ; d'autre part, les gynécologistes admettent une relation étroite et abusive entre les psychoses et les opérations qui portent sur la sphère génitale ; enfin on voit les chirurgiens généraux borner leur étude aux délires qui suivent de près l'intervention chirurgicale, et constituer un groupe trop restreint de psychoses post-opératoires.

Sous la dénomination générale de délire post-opératoire, on doit désigner tout trouble intellectuel qui peut survenir à la suite d'une opération, quelle que soit la forme ou l'origine réelle de ce trouble psychique.

Lorsqu'après une opération un malade délire, il faut, pour rechercher la cause de ce délire, envisager :

1° Les délires d'origine médicale, dépendant d'une affection antérieure du malade (les centres nerveux exceptés) : 2° le délire toxique, dont le type est fourni par le délire alcoolique ; 3° les délires par intoxication médicamenteuse (chloroforme et iodoforme); 4° les délires dus à une intoxication septicémique; 5° le délire psychique proprement dit, ou mieux psychose post-opératoire véritable qui survient sans fièvre chez des sujets qui ne sont ni des malades ni des intoxiqués.

Les diverses variétés du délire d'intoxication ou faux délires post-opératoires sont faciles à reconnaître ; ce sont ou des états transitoires d'excitation, ou plus rarement de dépression ; tantôt le délire qui en est l'expression est systématisé (délire alcoolique), tantôt il est incohérent et confus. Dans la psychose post-opératoire vraie, on retrouve encore les états d'excitation qui caractérisaient les formes précédentes, mais on trouve, d'autre part, des états dépressifs qui lui sont propres et qui, contrairement aux précédents, semblent porter plus facilement à la chronicité. Les états d'excitation sont caractérisés surtout par des formes maniaques avec ou sans délire, pouvant être engendrées par toutes les opérations chirurgicales, même les plus simples, et survenant généralement dans les premiers jours qui suivent l'opération. Contraire-

ment aux états d'excitation, les formes mélancoliques ou anxieuses ne s'observent généralement qu'à la suite de certaines opérations déprimantes, amputations, castration, taille hypogastrique, établissement d'anus contre nature.

Ces états dépressifs surviennent parfois peu de jours après l'opération ; le plus souvent, ils ne se montrent que tardivement, alors que le malade a été perdu de vue ; ce n'est plus le chirurgien qui les observe, comme dans les cas d'excitation, mais bien le médecin aliéniste, à l'asile. Ces états dépressifs s'accompagnent souvent de tendance au suicide.

A côté de ces états d'excitation et de dépression, il existe une forme spéciale de délire qui ne s'observe que dans une catégorie toute particulière de malades. Ce sont des aliénés anciens, atteints de folie morale, et qui ne sont pas internés par ce fait que leur délire paraît logique et qu'ils raisonnent fort bien. Ce sont les persécutés persécuteurs que les chirurgiens doivent connaître et reconnaître pour ne jamais pratiquer chez eux que la chirurgie d'urgence. En effet, leur maladie d'abord, leur opération ensuite, deviennent un aliment nouveau à leur délire ; ils y concentrent toutes leurs pensées ; la moindre sensibilité de cicatrice devient pour eux l'occasion de délires graves qui les amènent à l'asile. L'opération n'a constitué qu'un épisode dans leur histoire pathologique. (*Annales médico-psychologiques*, août 1898.) E. Blin.

II. L'hérédité comme facteur dans l'étiologie de la folie ; par le Dr Putnam Stearns.

Dans ses travaux sur l'hérédité, Weismann suppose qu'à une certaine phase du processus de l'évolution les cellules se divisent en deux variétés : d'une part, les cellules, de reproduction, auxquelles est dévolue la préservation de l'espèce et les cellules somatiques, auxquelles incombent la préservation de l'organisme et l'accomplissement de ses fonctions.

Si la cellule-germe détermine primitivement le caractère des colonies variées de cellules somatiques, ces cellules somatiques n'auraient que bien peu d'influence sur la cellule-germe, en sorte que les diverses modifications qu'elles subissent du fait du milieu ou des influences variées ne pourraient se transmettre au futur organisme.

L'auteur s'élève contre cette division trop tranchée et montre par divers exemples, que les causes extérieures agissant sur les cellules somatiques, en particulier sur le cerveau, non seulement peuvent, mais doivent se répercuter sur la cellule germe et modifier son caractère.

L'hérédité paraît reposer sur ce fait que la cellule-germe possède dans sa structure compliquée un grand nombre d'éléments

qui constituent les représentants du futur organisme, non seulement dans ses parties physiques, mais encore quelques caractéristiques de ses mouvements organiques aussi bien que de ses qualités intellectuelles.

Il est probable que les connexions entre l'écorce cérébrale et les ovaires sont plus ou moins intimes suivant les personnes, les familles, les races, et c'est ce qui explique que quelques personnes ou familles sont plus aptes que d'autres à transmettre les caractères de la famille et de la race ; c'est ce qui explique aussi la disparition ou l'atténuation possible chez le descendant d'un caractère pathologique acquis chez l'un des parents. (*American Journal of insanity*, octobre 1897.) E. B.

III. Rapport préliminaire, clinique et pathologique, sur un cas de démence progressive ; par les Drs K. Mills et A. Schively.

L'histoire clinique de la malade était la suivante : femme de soixante-quatre ans, toujours nerveuse ; crise de manie après la naissance de son premier enfant ; à vingt-trois ans, une crise de chorée ; vers cinquante-quatre ans, elle devient sujette à des périodes d'excitation avec idées vagues de persécution ; elle ressent de violents maux de tête toujours localisés à la région pariétale droite ; peu à peu sa mémoire s'affaiblit en même temps que surviennent des vertiges et que son intelligence baisse ; quelque temps avant sa mort elle en était arrivée à un véritable état de démence. A l'autopsie on trouve la dure-mère épaissie, la pie-mère et l'arachnoïde opaques ; les vaisseaux de la base sont athéromateux.

L'examen microscopique montre les modifications pathologiques suivantes : les particules chromophiles des corps cellulaires et des noyaux sont inégalement répartis ; leur disparition par endroits donne au corps cellulaire une apparence vacuolaire. Les dendrites basilaires présentent sur leur parcours des dilatations moniliformes ou présentent des extrémités en forme de massue. Le dendrite du sommet est rugueux et déformé dans son contour ; le cylindre-axe est intact ; les grandes cellules pyramidales sont les plus atteintes.

Les vaisseaux présentent des altérations de leurs parois.

Il existe en même temps plusieurs zones de ramollissement au niveau de la région pariétale droite. Enfin les fibres à myéline sont altérées à divers degrés dans la région pariétale, dans le chiasma, la protubérance et la moelle. Dix figures hors texte reproduisent ces diverses lésions. (*American Journal of insanity*, octobre 1897.)

E. B.

INAUGURATION

DU

MONUMENT DE J.-M. CHARCOT

(4 DÉCEMBRE 1898.)

C'est par un temps brumeux, froid, humide, que le dimanche 4 décembre, à 10 heures du matin, a eu lieu devant la Salpêtrière l'inauguration du monument élevé à la mémoire de notre illustre Maître, **Charcot**.

Malgré ces mauvaises conditions climatériques, une foule nombreuse et choisie entourait l'estrade et la statue voilée, œuvre de Falguière.

M. LEYGUES, ministre de l'Instruction publique, présidait la cérémonie, assisté de M. Lockroy, ministre de la Marine; de M. de Selves, préfet de la Seine; de M. Navarre, président du Conseil municipal de Paris. M. le Président de la République s'était fait représenter par le commandant Meaux Saint-Mars; l'Institut avait délégué MM. Bertrand, Guyon, Lannelongue; l'Académie de médecine, son président, le professeur Jaccoud, son secrétaire perpétuel et MM. Bergeron, Empis, Hervieux, etc.; M. le Dr Napias, directeur de l'Assistance publique. Nous devons encore signaler la présence de M. le professeur Chauveau, du professeur Lépine (de Lyon), du professeur Grasset et du professeur agrégé Rauzier, venus exprès de Montpellier pour assister à la cérémonie. Le personnel médical et administratif de l'hospice de la Salpêtrière et un petit groupe de surveillants, de surveillantes et d'infirmières, enfin, pour employer les expressions de notre ami Laborde, tout un parterre de dames, parmi lesquelles nous avons reconnu Mmes Paul Brouardel, F. Raymond, Goujon, Déjerine-Klumpke. Nous renonçons à énumérer, crainte d'erreur, les notabilités politiques et scientifiques qui ont tenu à porter au Maître un hommage posthume et à assister à son apothéose.

La famille de Charcot était représentée par son fils, le Dr **Jean** CHARCOT et sa fille, Mme A. EDWARDS; par son frère, M. Martin CHARCOT; son autre frère, le commandant CHARCOT, étant empêché par une grave maladie, enfin par Mme Jean CHARCOT et M. A. EDWARDS.

La doyen de la Faculté, M. BROUARDEL, a remis à la Ville de Paris le monument de celui qu'il considère comme une gloire nationale.


A
CHARCOT
SES ÉLEVES-SES-AMIS
1898

Ce mot de gloire nationale que M. Brouardel a appliqué à Charcot avec un noble sentiment de fierté, nous allions dire d'égoïsme patriotique, ne suffit pas, selon nous, à son mérite; il fut plus qu'une gloire nationale, tous les peuples civilisés réclament une place à l'apothéose de pareils hommes de science qui sont l'honneur de l'humanité entière. Et ceci est d'autant plus vrai pour Charcot que la souscription de son monument a été couverte à moitié par des élèves ou des amis étrangers.

Néanmoins, M. Brouardel a eu raison de revendiquer pour la France, pour Paris, pour la Faculté de médecine, la gloire de Charcot, les savants de cette envergure sont trop rares pour que l'on n'en soit pas jaloux et l'on n'a pas tous les jours l'occasion d'inaugurer la statue d'un véritable grand homme, en cette époque de médiocres où la notoriété suffit à perpétuer des visages qui n'ont guère valu plus que leur bronze.

M. le Dr NAVARRE, au nom de Paris, a accepté le monument. M. le professeur RAYMOND, qui a brillamment succédé à Charcot dans son enseignement clinique à la Salpêtrièrs, et M. le professeur CORNIL, un de ses premiers élèves et collaborateure, son second interne à la Salpêtrière, ont fait successivement l'éloge du Maître.

M. le ministre LEYGUES a clos la série des discours. En montrant le visage grave et expressif du grand neurologiste, M. Leygues a trouvé le mot juste pour caractériser Charcot : c'est le visage d'un apôtre et d'un apôtre de la Vérité. La statue de Charcot se dresse majestueusement à gauche de l'entrée de la Salpêtrière, non loin de celle de Pinel, cet autre apôtre de la science et de l'humanité. Une place reste vacante à droite; ce n'est pas, hélas! nous qui verrons surgir dans la science médicale, celui qui sera capable de servir de pendant à Charcot.

A la fin de la cérémonie, M. Leygues, aux acclamations des assistants, a remis la croix de la Légion d'honneur a notre excellent ami et collaborateur, M. le Dr Gombault.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Clinique des maladies du système nerveux ;* par le professeur RAYMOND (3e série). Doin, éditeur.

Le professeur Raymond fait paraître la troisième série de ses leçons cliniques, professées pendant l'année scolaire 1897-1898. Les

premières leçons sont consacrées à l'étude des tumeurs de l'ancéphale. Trois faits de tumeur de la zone rolandique ; un cas de tumeur de la base du crâne comprimant à gauche la racine sensitive du trijumeau, sa branche motrice, le moteur oculaire commun, le pathétique, et les nerfs optiques ; un cas de tumeur du cervelet avec hémiplégie flasque et amyotrophie ; un cas de tumeur du cervelet avec triade complète et paralysie double de la sixième paire ; un cas de tumeur du cervelet avec perte totale de la vue et de l'ouïe ; un cas de tumeur du centre ovale avec des périodes d'évolution, l'un à forme cérébelleuse, l'autre simulant l'hémiplégie avec hémianesthésie ; un cas de tumeur de la protubérance avec paralysie alterne : paralysie des sixième et septière paires d'un côté, hémiplégie de l'autre ; un second cas de paralysie alterne avec paralysie des sixième, septième et douzième paire à droite, hémiplégie et hémianesthésie à gauche servant de bases à l'étude complète et raisonnée du diagnostic des tumeurs cérébrales. La plupart des observations ci-dessus sont suivies des résultats de l'autopsie avec renseignements précis sur le siège et la nature de la lésion.

Ce chapitre diagnostic constitue une véritable synthèse des leçons précédentes. Le siège de la tumeur, l'âge du malade peuvent servir d'indice pour la nature de la tumeur. Pratiquement, il importe de faire un diagnostic précoce. Certains symptômes s'observent avec des tumeurs encéphaliques de n'importe quel siège. La céphalalgie tenace et violente, continue et exacerbante, constitue la manifestation la plus fréquente et la plus fréquente des tumeurs cérébrales ; les vomissements ressemblent plutôt à de simples régurgitations et sont sans relations fixes avec l'alimentation ; les attaques convulsives sont sans caractères fixes, partielles ou généralisées mais toujours il faut se défier de ces attaques convulsives qui, simulant les attaques de l'épilepsie vulgaire, surviennent sans cause apparente chez une personne plus ou moins avancée en âge et ayant en tout cas dépassé la trentaine. Les facultés intellectuelles vont en s'affaiblissant. L'œdème de la papille, facilement reconnaissable à l'ophthalmoscope, s'observe environ dans 90 p. 100 des cas. Ces symptômes permettent de faire le diagnostic de tumeur encéphalique.

Mais tel quel, ce diagnostic est insuffisant. Le clinicien doit préciser le siège du mal ; alors seulement le chirurgien pourra aller à sa recherche et essayer la seule thérapeutique possible : l'ablation du néoplasme. Ce diagnostic topographique repose sur les localisations cérébrales, dont il nécessite la connaissance approfondie. Nous ne suivrons pas le savant professeur dans cette étude si complète et si nette, où il passe en revue successivement chaque lobe et chaque circonvolution cérébrale, chaque fonction du cerveau. Si beaucoup de localisations sont nettes et précises, d'autres

malheureusement sont encore bien indécises et soumises à la discussion.

La maladie de Friedreich est une maladie essentiellement familiale. Le professeur Raymond présente d'abord un cas typique, complet, de cette affection. Quatre autres malades présentent une forme fruste de cette maladie où l'incoordination motrice constitue le seul symptôme constant. Nosographiquement « elle se place en quelque sorte au centre d'un trépied dont les trois angles seraient occupés par le tabes dorsalis, par la sclérose en plaques, par l'ataxie cérébelleuse ». C'est donc avec ces trois affections qu'il faut s'efforcer de faire le diagnostic ; c'est ce que le professeur Raymond, avec sa précision et sa netteté habitnelles, établit en tableaux parallèles.

Quelles sont les relations de la maladie de Friedreich avec le tabes de Duchenne ? Que faut-il penser du tabes héréditaire ? A ces questions sont consacrées les leçons suivantes. Un père est atteint de tabes dorsal classique ; le fils présente une affection hybride qui emprunte ses traits à la fois au tabes vulgaire et à la maladie de Friedreich. S'agit-il ici d'un tabes infantile ? Mais le tabes infantile est fort rare et ne diffère en rien cliniquement du tabes de l'adulte. L'hérédité directe du tabes est aussi exceptionnellement rare, et alors le tabes ne revêt pas de caractères particuliers, insolites. Le fils ici n'a hérité que d'une tare neuropathique générale, et non du tabes paternel. Son cas est un hybride.

L'atrophie héréditaire de la papille est une affection héréditaire et familiale encore peu connue. Le professeur Raymond a pu en montrer à ses auditeurs quatre cas, et présenter une cinquième observation. Suivent deux leçons sur la maladie de Little, et deux leçons consacrées à la sclérose latérale amyotrophique à début bulbaire. Ces deux leçons ont déjà été analysées dans ces *Archives* (1897, II).

A propos d'un cas d'hémisection traumatique de la moelle, le professeur expose magistralement, au point de vue de la physiologie, de la médecine légale et de la clinique, le syndrome de Brown-Séquard (Anal. in *Archives de Neurologie*, 1898). Fait intéressant bien mis en lumière, et qui semble contraire aux idées reçues, les suites d'une hémisection traumatique de la moelle ont une tendance à s'améliorer progressivement jusqu'à disparaître dans bien des cas.

La leçon suivante est consacrée à l'étude d'un malade qui, devenu syphilitique en septembre 1894, présenta une paralysie syphilitique avec dissociation syringomyélique de la sensibilité en avril 1895 et vit se développer ensuite une maladie de Thomsen. La syphilis n'a pas agi comme cause directe, mais en accentuant la fragilité native qui faisait des muscles et du système nerveux de cet homme un *locus minoris resistentiæ*.

Chez une femme, une intoxication de nature indéterminée, peut-être l'infection tuberculeuse, a déterminé une monoplégie du membre inférieur droit par paralysie radiculaire, avec un érythème polymorphe. A une seconde étape de la maladie, la paralysie envahit le membre inférieur gauche, les sphincters se prennent et l'autopsie révèle une tuberculose infiltrée des nerfs de la queue de cheval.

La diplégie faciale est rare. M. Raymond a pu en présenter à ses élèves un cas où la maladie a évolué en deux temps. D'origine périphérique, elle s'est développée sous l'influence commune du froid et d'une infection indéterminée, ainsi que le zona qui a accompagné son apparition.

Un cas de polynévrite subaiguë est une occasion pour le professeur Raymond d'établir le diagnostic d'avec la polimyélite, diagnostic souvent délicat et toujours si important ; cette polynévrite était intéressante en outre par sa marche extensive qui la rapprochait de la maladie de Landry, syndrome clinique plutôt qu'entité morbide. L'autopsie a montré une polynévrite avec transformation scléreuse, véritable névrite interstitielle hypertrophique, et lésions cellulaires sur toute la hauteur de la moelle.

La névrite apoplectiforme ne mérite pas d'être élevée au rang de modalité spéciale. La seule autopsie où la cause fut un épanchement sanguin est celle de M. Dejérine. Le seul caractère commun des cas publiés est leur début brusque.

La sclérodermie appartient à la pathologie nerveuse. Elle rentre dans le cadre des affections névrotrophiques. L'association avec la maladie de Basedow pourrait faire soupçonner un rôle pathogénique de la glande thyroïde. Enfin le volume se termine par l'étude de deux cas d'hystérie mâle. Le premier malade présente une monoplégie du bras avec névrite traumatique du cubital et du médian ; le second une monoplégie inférieure d'origine traumatique.

Cette analyse rapide montre l'importance de ces leçons qui touchent les points les plus divers de la neuropathologie. Ecrites dans un style clair et précis, elles sont dignes de leurs devancières et dignes de l'Ecole de la Salpêtrière. MIRAILLÉ.

II. *Leçons de clinique thérapeutique sur les maladies du système nerveux;* par GILLES DE LA TOURETTE. Plon et Nourrit, éditeurs.

Ces *leçons de clinique thérapeutique* portent comme tous les ouvrages du même auteur, le cachet de son maître Charcot dont M. Gilles de la Tourette, élève fidèle et reconnaissant, a toujours su, même dans ses créations les plus personnelles, suivre l'inspiration et la méthode.

Les leçons actuelles présentent un intérêt tout particulier, car elles

montrent que, si, dans les affections du système nerveux le traitement est souvent ingrat, il y a des cas pourtant, où une thérapeutique bien menée peut déterminer sinon une guérison absolue, tout au moins un soulagement et une amélioration qui peuvent quelquefois même être considérés comme un équivalent de guérison.

Presque aussi important que le traitementest le pronostic, mais, pour l'un comme pour l'autre il faut d'abord un diagnostic; aussi, l'auteur établira-t-il longuement, pour toutes les affections dont il s'occupera dans ce volume, un aperçu clinique et diagnostique où nous rencontrerons fréquemment des opinions, résultats d'observations toute personnelles.

Première leçon. *Diagnostic et pronostic de l'hémorrhagie cérébrale et des états apoplectiformes. Traitement des hémiplégiques.*— L'auteur commence par un exposé détaillé de l'étiologie et de la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale où nous notons des recherches inédites sur la structure des artères cérébrales, suivi d'un tableau clinique de l'attaque d'apoplexie. Le pronostic se fera surtout par l'emploi judicieux du thermomètre préconisé par Bourneville, puis par la recherche d'éléments d'appréciation tels que la contracture précoce, la déviation conjuguée de la tête et des yeux, le décubitus acutus, tous symptômes alarmants.

L'auteur insiste ensuite sur le diagnostic différentiel des états apoplectiques ou comateux qui peuvent simuler l'ictus de l'hémorrhagie cérébrale et divise ces états apoplectiques en : 1° état apoplectique lié à une lésion organique des centres nerveux; 2° état apoplectique sous la dépendance d'un simple trouble fonctionnel ou d'une maladie générale, intoxication ou autre dont la localisation principale se fait sur le système nerveux central. Parmi les premiers, les néoplasmes intra-craniens où la marche de la température peut être la même que dans l'hémorrhagie cérébrale, mais qui sont différenciés par les antécédents, les symptômes prémonitoires, les localisations précoces; les traumatismes craniens où la température, comme d'ailleurs dans l'épilepsie, pourra régler le pronostic, mais dont les signes différentiels sont nombreux. Dans les seconds qu'il vaut mieux désigner sous le nom d'états comateux, nous trouvons au contraire un abaissement de température dont la chute aggrave le pronostic. Parmi ceux-ci, l'intoxication alcoolique qui peut se présenter sous la forme de délirium tremens ou sous celle d'ivresse; l'intoxication par l'opium avec les pupilles reserrées, le pouls petit, les vomissements; l'intoxication par la digitale, l'aconit, la jusquiame et la belladone caractérisées par l'état du cœur et, pour la dernière, la dilatation permanente des pupilles; surtout le coma urémique ou diabétique, question qui sera généralement tranchée par l'examen des urines; enfin l'attaque

hystérique à forme apoplectique ou comateuse où, dans l'absence d'antécédents nets, la situation sera éclaircie par une température normale, le frémissement vibratoire des paupières qui ne fera presque jamais défaut et souvent la présence d'une zone hystérogène.

Après l'attaque d'apoplexie, due à l'hémorrhagie cérébrale, surviendra en général si le malade ne succombe pas, l'hémiplégie qu'il sera important de pouvoir localiser si possible avant son apparition complète. Celle-ci sera bénigne et transitoire si les réflexes au bout de quelques jours restent normaux, très grave s'ils sont abolis, définitive si vers le cinquième ou sixième jour ils sont exagérés. L'auteur, dans l'étude de l'hémiplégie, insiste tout particulièrement sur l'arthrite scapulo-humérale qui se développe presque toujours, sinon toujours, dans l'hémiplégie abandonnée à elle-même; cet accident est très douloureux, et plus encore que la contracture met obstacle tout au moins aux mouvements provoqués. Cette arthrite est due simplement à l'immobilisation et entraîne une atrophie musculaire dans le territoire trophique de l'articulation lésée [1].

Le traitement prophylactique de l'hémorrhagie cérébrale aura surtout pour but d'empêcher un excès de pression dans les artères lèsées; éviter le travail intellectuel, les émotions, les grands écarts de température, les excès de toute nature. Quant à l'accident lui-même, s'il n'y a pas de traitement véritablement efficace, bien que l'on puisse toujours essayer d'abaisser la pression artérielle par les frictions, une saignée,.des purgatifs, il y aura en tous les cas des précautions consécutives à prendre, comme de surveiller la vessie, d'empêcher l'infection de la cavité buccale et secondairement des poumons, d'alimenter le malade dès que cela sera possible. Quant à l'hémiplégie, en l'absence de traitement curatif, on pourra cependant diminuer jusqu'à un certain point l'intensité de la paralysie et de la contracture, et éviter complètement l'arthrite si douloureuse et l'atrophie presque obligatoire qui l'accompagne par la mobilisation précoce et par un massage léger; quant à l'électricité si on l'autorise il ne faudra toujours l'appliquer qu'avec les plus grands ménagements. Enfin, il faudra chercher par des exercices répétés à reéduquer si possible les mouvements et au besoin l'aphasie, besogne toujours longue, minutieuse et souvent ingrate.

DEUXIÈME LEÇON. *Les états neurasthéniques et leur traitement.* — Il faut avant tout faire la différence entre l'état neurasthénique vrai et celui qu'avec Charcot l'auteur qualifie de neurasthénie à forme héréditaire, de neurasthénie constitutionnelle.

Après quelques considérations historiques des plus importantes

[1] Voir dans la *Rev. phot. des hôp.*, 1871, notre mémoire sur les *Arthrop. conséc. aux maladies du cerveau et de la moelle.* (B.)

pour la compréhension exacte du sujet, l'auteur passe en revue avec beaucoup de détails les principaux symptômes de l'état neurasthénique vrai, insistant sur les stigmates, céphalée, craquements de la nuque, état des pupilles, plaque sacrée, vertige, sur les troubles des fonctions viscérales, en particulier sur la fausse angine de poitrine qui ne se distingue guère de la vraie que par l'état du pouls, sur l'état mental, et montre comment ces symptômes se groupent parfois suivant des modes assez particuliers pour constituer des variétés dans le type général. Il cite ensuite des exemples illustrant les différentes formes cliniques de cérébrasthénie et de myélasthénie et montre la fréquence d'associations morbides, d'hystéro-neurasthénie en particulier, et enfin d'états neurasthéniques secondaires ajoutés.

A cet état neurasthénique vrai, il faut opposer une catégorie d'états qualifiés de neurasthéniques qui doivent être complètement différenciés, parce que chez eux l'hérédité et souvent l'hérédité similaire est forcément présente et que, s'il paraît exister de nombreuses ressemblances dans la forme entre ces deux affections : état neurasthénique vrai et neurasthénie constitutionnelle ou héréditaire elles sont en réalité séparées par des différences incontestables dans la nature. Le pronostic en outre peut être bénin dans le premier cas, alors qu'au contraire il est grave dans le second ; le pronostic d'ailleurs pour le neurasthénique vrai dépend souvent de l'état social du malade.

Le diagnostic différentiel doit se faire d'abord entre les états neurasthéniques, puis avec les états mélancoliques ou hypochondriaques, enfin, et il y a lieu d'insister sur ce point, avec la paralysie générale, diagnostic différentiel souvent si difficile au début, quelquefois même impossible, et avec l'hystérie, surtout avec les crises d'hystérie qui peuvent être confondues avec les « paroxysmes angoissants » qui accompagnent parfois la neurasthénie. L'hystéro-neurasthénie d'ailleurs n'est point rare et il sera bien difficile dans beaucoup de cas de faire la part de l'un et de l'autre dans l'ensemble symptomatique.

L'importance du diagnostic des états neurasthéniques est d'autant plus important qu'il est indispensable pour instituer un traitement avec quelques chances de succès.

La douche froide remplacée quelquefois par la balnéation tiède, l'électricité statique devront relever la dépression physique. Contre les phénomènes nerveux le bromure de potassium à faible dose qu'on emploiera tantôt isolé, tantôt en même temps que le sulfonal, le laudanum ou le chloral pour combattre les insomnies; veiller à l'alimentation et, enfin, éloigner le sujet de ses occupations habituelles et des causes provocatrices de son état morbide.

Dans l'hystéro-neurasthénie plus que partout ailleurs, il faudrait déplacer et isoler le malade ; malheureusement en général il s'agit

de mécaniciens. d'ouvriers ou manœuvres qui se trouvent temporairement mis dans l'impossibilité de gagner leur vie, chez qui la thérapeutique perd ses droits et qui finissent par tomber dans une profonde déchéance et faire partie des déclassés des grandes villes.

TROISIÈME LEÇON. *Diagnostic et traitement de l'épilepsie.* – Les comitiaux ne doivent plus être divisés en deux catégories suivant que le début est précoce ou tardif, car l'épilepsie tardive et l'épilepsie précoce sont une seule et même affection. Toutefois l'épilepsie développée dans l'enfance présente quelques particularités d'étiologie parmi lssquelles l'hérédité, les accouchements laborieux, les maladies infectieuses de l'enfance; dans l'évolution il existe également des particularités et notamment, au début, avant l'apparition du premier accès, les crises de colère fréquentes, les absences, les vertiges. Tous ces éléments devront entrer dans le diagnostic ainsi que les heures d'apparition des crises, l'aura, l'accès lui-même sur lequel l'auteur insiste longuement ainsi que sur le diagnostic différentiel avec l'hystérie qui en dernier ressort pourra être tranché par l'examen des urines. L'accès d'épilepsie en effet élève pendant vingt-quatre heures le taux de tous les éléments solides de l'urine, l'attaque d'hystérie au contraire ainsi que M. Gilles de la Tourette l'a établi avec M. Cathelineau abaisse le taux du résidu fixe et de plus le rapport des phosphates terreux aux phosphates alcalins est renversé. Enfin dans les accès subintrants, ainsi que l'a indiqué M. Bourneville, la température s'élève dans l'épilepsie et ne dépasse pas la normale dans l'hystérie

Le seul traitement véritablement efficace de l'épilepsie est le *bromure de potassium* associé avec les bromures de strontium et d'ammonium, ainsi que cela a été préconisé par Charcot. Ce traitement doit toujours être énergique et sévère quelle que soit la forme de l'affection, mais en se guidant sur la tolérance de l'individu au médicament. Aussi, l'auteur développe-t-il avec détails les accidents provoqués par l'intolérance au bromure et les moyens d'éviter ces accidents ou de les rendre supportables. Les doses de bromure doivent être progressives et administrées d'après l'heure habituelle d'apparition des accès, elles doivent surtout être données en doses suffisantes et sans cesser un seul jour. Si les accès s'éloignent et disparaissent il faudra diminuer mais non pas cesser, sauf dans des cas malheureusement exceptionnels.

Quand le bromure n'est pas efficace l'auteur préconise d'administrer en même temps des doses progressivement croissantes de bromure et des doses progressivement décroissantes de borate de soude et vice versa alternativement.

QUATRIÈME LEÇON. *Traitement de l'hystérie.* — Dans cette leçon remarquable, qui est d'une importance capitale, M. Gilles de la

Tourette montre le rôle considérable que doit jouer le médecin presque dès la naissance pour ainsi dire d'une enfant qui peut, de par son hérédité, être soupçonnée de tendance à l'hystérie ; il montre la nécessité d'éloigner cet enfant de toute influence morbide pernicieuse, et la direction que doit prendre son éducation.

Enfin, la conduite à tenir suivant les cas au moment où un mariage devient possible, puis plus tard les conseils à donner au sujet de la grossesse, de l'allaitement, etc.

Si malgré toutes les précautions, surviennent des symptômes alarmants tels que le somnanbulisme nocturne, les toux quinteuses passagères, il faudra abandonner le *traitement prophylactique* pour le *traitement de l'hystérie en général* en se souvenant qu'en matière d'hystérie il est plus facile de prévenir les accidents que de les faire disparaître lorsqu'ils existent.

Le traitement curatif de l'hystérie est général ou particulier ; mais avant tout il faut se mettre en garde contre la pratique de l'hypnotisme si dangereuse entre des mains inexpérimentées et qui n'est autorisée que lorsqu'il existe des accidents graves et qui ont résisté à tous les autres moyens curatifs.

L'élément le plus important du traitement psychique consiste dans l'isolement de ces malades des personnes de leur entourage. Le traitement physique externe sera l'hydrothérapie qui peut être appliquée sous différentes formes et l'électricité. Quant au traitement médicamenteux en dehors des préparations ferrugineuses et des amers utiles pour relever les forces et combattre l'anémie il faudra se contenter de la médecine d'imagination qui peut parfois donner de très remarquables résultats.

Enfin l'auteur entre dans d'intéressents détails sur les traitements nécessités par des phénomènes hystériques particuliers tels que les attaques, les paralysies, les contractures, les troubles trophiques et l'hystérie viscérale avec l'accident le plus grave de tous lorsqu'il n'est pas énergiquement soigné à temps, l'anorexie.

CINQUIÈME LEÇON. *Diagnostic et traitement du tic douloureux de la face et de la migraine.* — S'appuyant sur un fait clinique, M. Gilles de la Tourette décrit les symptômes du tic douloureux de la face, affection éminemment paroxystique et qu'il faut différencier de la névralgie faciale simple tout en admettant cependant des formes de transition. L'étiologie est peu connue, bien que l'hérédité semble jouer un certain rôle, le pronostic est sombre, le diagnostic en général facile sauf toutefois avec les paroxysmes hystériques à forme de névralgie faciale où il faut souvent un œil exercé pour faire la différence basée sur les phénomènes de l'aura, la longue durée du paroxysme, son peu de fréquence relative, la présence dans le domaine de la cinquième paire d'une zone hypéresthétique hystérogène et la terminaison habituelle de la durée morbide par

une crise convulsive accompagnée et suivie de phénomènes psychiques.

Il n'y a jusqu'à présent qu'un seul moyen thérapeutique qui agisse efficacement contre cette douloureuse maladie, c'est celui préconisé par Trousseau et adopté par Charcot consistant dans l'administration à haute dose de l'extrait thébaïque. Donné au début à la dose de 6 centigrammes à 8 centigrammes on augmentera progressivement et l'on pourra dépasser la dose de 25 centigrammes. Ce traitement est généralement très bien supporté mais il doit cependant être soigneusement surveillé. C'est une thérapeutique palliative et non pas malheureusement curative. Si le sujet est syphilitique il faut mettre en œuvre la médication spécifique.

Dans cette même leçon l'auteur différencie les migraines simples des migraines graves ou des migraines ophthalmiques accompagnées dont il donne un exemple. Le traitement dans ces cas sera identique à celui de l'épilepsie, c'est-à-dire l'administration progressivement croissante et décroissante du bromure de potassium ; en même temps il faudra prescrire l'abstinence de toutes boissons fermentées et n'autoriser que de l'eau très légèrement rougie.

Sixième leçon. *La morphinomanie et son traitement.* — Après un exemple clinique de démorphinisation rapide l'auteur passe rapidement en revue les symptômes de l'intoxication par la morphine qui peut être divisée en trois périodes : 1° la période d'euphorie dont la durée est variable suivant les doses; c'est la période où la morphine semble apporter du bien être, mais, dès que son action a cessé les oppressions, les malaises nécessitent de nouvelles piqûres. Le malade à cette période pour user moins de la morphine ajoute souvent à cette première intoxication celle produite par la cocaïne, la spartéine, l'alcool ; 2° la période intermédiaire est marquée par l'usage de 25 à 30 centigrammes de morphine, l'organisme donne des signes de défaillance, l'appétit se perd, l'amaigrissement et l'insomnie surviennent ; 3° à la période cachectique l'organisme est saturé, la morphine ne produit plus d'effets, le malade en ressent tous les inconvénients sans en éprouver le moindre bénéfice, c'est la période terminale marquée par des syncopes, souvent des abcès, la cachexie générale et enfin la mort.

Il y a trois méthodes pour traiter la morphinomanie. La suppression brusque, rapide et lente. La suppression brusque exposant à de graves accidents doit être rejetée à moins de circonstances exceptionnelles, si par exemple l'intoxcication est de date récente, l'état général satistaisant et le taux quotidien ne dépassant pas 25 à 30 centigrammes. La méthode la meilleure est sans contredit la démorphinisation rapide. Comme pour toutes les autres d'ailleurs le malade avant de commencer cette démorphi-

nisation doit être soumis à un traitement prémonitoire d'une huitaine de jours au moins destiné à faciliter l'élimination et qui consistera en régime lacté, purgations, toniques du cœur, réglementation des piqures, repos au lit; on profitera également de ce moment pour déshabituer brusquement le malade des intoxications surajoutées.

Mais, une des conditions les plus importantes pour la réussite de la démorphinisation est l'isolement dans un établissement spécial, avec un personnel habitué à ce traitement. Le traitement effectif consistera à supprimer le premier jour la moitié de la dose quotidienne habituelle et arriver à la suppression complète en quatre ou en six jours suivant la dose. Les accidents de la démorphinisation doivent être suivis de très près ; à une période d'excitation que l'on cherchera à combattre par les bains chauds, le bromure de potassium, succédera souvent une période de dépression, accompagnée de troubles gastro-intestinaux, de sialorrhée ; le cœur doit être surveillé car la syncope est à craindre et celle-ci, si elle semble grave, doit être combattue par une injection de morphine. Pendant la période de convalescence, il y a de temps à autre des crises éliminatoires éloignées et le médecin doit redoubler de surveillance tant pour empêcher le malade de retomber dans ses habitudes que pour parer aux accidents possibles.

La méthode de la suppression lente ne donne pas en général de très bons résultats; on est pourtant obligé quelquefois d'y avoir recours. On substitue dans ce cas l'extrait thébaïque à la morphine puis on débarrasse assez facilement le malade de sa nouvelle habitude d'opium.

Septième leçon. *Le vertige de Menière et son traitement.* — L'auteur avec des faits cliniques à l'appui fait une étude détaillée du vertige de Menière. Après un aperçu historique, il entre dans l'étude de la physiologie du labyrinthe pour montrer que la pathogénie du vertige réside dans l'hyperexcitabilité labyrinthique et que les causes étiologiques sont surtout les lésions de l'oreille moyenne et quelquefois celles de l'oreille interne et externe, lésions dont la cause est évidemment multiple mais plus généralement l'artério-sclérose.

Il fait ensuite un tableau précis du vertige, montrant la différence entre le vertige aigu et le vertige chronique et abordant la question diagnostique, montre que l'on peut presque considérer que le vertige de Ménière a pris la place du vertige dit stomacal; le diagnostic différentiel doit être fait avec l'ictus laryngé, les vertiges des diabétiques, le vertige épileptique, le paroxysme hystérique à forme de vertige labyrinthique.

Le traitement est entièrement dû à l'intuition de Charcot. Avant tout il faut faire procéder par un spécialiste à l'examen de

l'oreille, mais ne permettre d'intervention que s'il s'agit d'un bouchon du cérumen ou d'une maladie aiguë de la caisse, l'intervention locale qu'elle qu'elle soit ne ferait autrement qu'exagérér l'hyperexcitabilité. Le traitement même du vertige consistera à faire absorber par le malade, pendant quinze jours, une dose variable de sulfate de quinine suivant le sujet, mais d'environ 75 centigr. par jour. L'auteur insiste sur les avantages incontestables de ce mode de traitement et réfute tous les arguments qui lui ont été opposés.

HUITIÈME LEÇON. *Pathogénie et traitement des pieds bots.* — L'auteur combat la tendance de la chirurgie moderne, en ce qui regarde les pieds bots, à rester confinée, dans l'étude des lésions squelettiques et du manuel opératoire à leur opposer; il est de la plus haute importance de ne pas oublier que la lésion est d'ordre secondaire, que c'est un trouble trophique qui prend sa source dans le système nerveux.

Les pieds bots doivent être divisés en congénitaux et non congénitaux. Les congénitaux eux-mêmes se présentent avec ou sans impotence, spasmodiques ou paralytiques.

La preuve que ceux-ci sont liés à une affection du système nerveux n'est plus à faire pour les pieds bots avec impotence. Ceux non accompagnés d'impotence doivent également être rattachés à une lésion du système nerveux développée chez le fœtus et qui dans la suite a pu s'atténuer ou disparaître. Le pied bot non congénital est également toujours d'origine nerveuse et l'auteur passe en revue les formes principales.

Dans l'un comme dans l'autre cas, le traitement doit être guidé par la pathogénie et, dans cette leçon particulièrement importante parce qu'elle est unique, M. Gilles de la Tourette indique avec soin les cas où il faut intervenir et ceux qu'il faut respecter. Il insiste particulièrement sur le pied bot de l'hémiplégie infantile qui doit être respecté, sur celui de la contracture hystérique, des myélites spasmodiques, de la paralysie infantile, des polynévrites.

Enfin, l'auteur émet l'opinion personnelle que tout au moins, dans bien des cas, le pied plat valgus ne devient douloureux que lorsque le malade a contracté une blennorragie qui produit de l'arthrite subaiguë et surtout de l'inflammation des bourses séreuses et des synoviales de l'avant-pied et du talon.

NEUVIÈME LEÇON. *Formes cliniques et traitement des myélites syphilitiques.* — Cette leçon est peut-être la plus importante du livre et cela non seulement par ce que les myélites syphilitiques comprennent plus de la moitié des affections de l'axe spinal, mais encore parce que les idées émises et la méthode d'étude suivie sont presque entièrement personnelles à l'auteur; nous ne pouvons donner

qu'un résumé rapide et insuffisant de cette leçon qui contient une description clinique détaillée et des notions pathogéniques et anatomo-pathologiques d'un grand intérêt. Les myélites syphilitiques doivent être considérées suivant qu'il s'agit de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire. En considérant la syphilis acquise, on doit se souvenir que les premières notions sur la syphilis médullaire datent de 1797 avec le mémoire de Portal sur le mal de Pott syphilitique, et il est bon de remarquer que quelques cas de pachyméningite cervicale hypertrophique peuvent être rattachés à la syphilis. Dans la syphilis maligne précoce du système nerveux, et que Charcot appelait anatomiquement la syphilis tigrée, il y a cliniquement un grand luxe de symptômes, le système cérébro-bulbaire ayant concurremment avec la moelle participé au processus. Puis viennent les myélites aiguës et les myélites chroniques d'emblée, parmi lesquelles la forme si fréquente connue sous le nom de paraplégie spinale spasmodique syphilitique d'Erb, déjà décrite par Charcot, et qu'il conviendrait mieux d'appeler forme syphilitique commune. A côté de cette forme on doit en placer une autre décrite par M. Gilles de la Tourette, et qui consiste cliniquement dans l'ensemble symptomatique suivant; douleurs parfois à type fulgurant, paralysie des sphincters, inégalité pupillaire, parfois diplopie et signe de Romberg, mais en même temps exagération des réflexes rotuliens et parfois trépidation spinale. Enfin, des formes irrégulières, et parmi celles-ci, la forme amyotrophique.

La syphilis héréditaire de la moelle appartient presque en totalité à M. Gilles de la Tourette et à son élève, M. Gasne.

Les accidents par lesquels elle se manifeste seront congénitaux, précoces ou tardifs. Les cas congénitaux comprennent : 1° les enfants mort nés avant terme ou à terme ou qui n'ont vécu que quelques jours ou quelques semaines ; 2° les enfants vivants nés à terme ou avant terme, présentant les manifestations cliniques d'une syphilis congénitale de la moelle épinière. Les cas précoces sont ceux où la détermination médullaire s'effectue pendant l'enfance. Enfin, les cas tardifs, c'est-à-dire ceux où les accidents apparaissent après l'adolescence.

L'auteur, enfin, insiste sur le traitement qui nécessite quelques indications générales ; lui-même comportera l'emploi du mercure et de l'iodure de potassium ; suivant les cas, il faudra administrer le mercure au moyen de frictions ou d'injections. Le traitement chez les adultes et chez les enfants ne différera que par les doses qui devront être plus modérées chez les seconds. Enfin, les révulsions (pointes de feu) le long de la colonne vertébrale pourront être quelquefois utiles ainsi que l'application de l'électricité faradique dans les paralysies flasques et l'électricité galvanique dans les myélites spasmodiques surtout, accompagnées d'atrophie.

Dixième leçon. *Diagnostic et traitement de l'ataxie locomotrice.* — Dans cette dernière leçon, l'auteur passe en revue, après quelques considérations générales sur les causes et la nature du tabes, les symptômes cardinaux : crises douloureuses, troubles urinaires, troubles oculaires, abolition des réflexes rotuliens, incoordination motrice; puis les troubles trophiques : mal perforant, arthropathies, atrophie musculaire. Il insiste ensuite sur le diagnostic du tabes avec les névrites périphériques, le pseudo-tabes hystérique et neurasthénique, la myélite syphilitique à forme pseudo-tabétique.

Le traitement du tabes est en général ingrat ; on peut toutefois dans bien des cas soulager les tabétiques : le traitement médicamenteux ne donnera pas grand chose, l'hygiène aura une certaine importance et le traitement évidemment sera variable avec les différents accidents. Mais, de toutes les méthodes de traitement, celle qui certainement a donné les meilleurs résultats est celle de l'élongation de Moczuhkovski qui a été modifiée encore à son avantage par M. Gilles de la Tourette, qui par le système employé agit directement sur l'axe médullaire et évite un certain nombre d'accidents à craindre avec la suspension. Cette méthode s'est montrée surtout efficace sur les douleurs en ceinture, les crises gastriques, les douleurs dans les membres inférieurs, la parésie vésicale et l'incoordination motrice. J.-B. Charcot.

III. *Recherches cliniques et thérapeutiques snr l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie;* par Bourneville, t. XVIII. Paris, in-8°, 1898. Librairie du *Progrès médical* et Félix Alcan, éditeur.

La première partie, comme d'habitude, donne l'histoire pendant l'année 1897 du service de Bicêtre et de la fondation Vallée. On y trouve un travail sur *le patronage des aliénés et des enfants arriérés*, sur la construction d'un *asile dans l'Hérault* et sur l'édification du *cinquième asile de la Seine.*

La seconde partie (*Clinique et anatomie pathologique*), se compose de seize observations. L'histoire du *Conscrit de Bicêtre* traite des rapports de la débilité mentale avec le service militaire. Elle est d'un intérêt social des plus vifs. Faut-il rayer des cadres de l'armée tous les individus susceptibles de présenter des troubles intellectuels quelconques ? Nous avons ouï dire que cela se faisait maintenant couramment, au moins en certains corps d'armée. Y a-t-il au contraire des réserves à faire ? Qu'on lise les lignes écrites par M. Bourneville.

Les autres observations concernent : la diarrhée chronique séreuse traitée au salicylate de chaux ; l'épilepsie due à l'onanisme ; la pseudo-porencéphalie et la porencéphalie vraie ; l'idiotie par méningo-encéphalite chronique ; l'alcoolisme ayant entraîné l'hémiplégie gauche, et l'épilepsie, par sclérose atrophique, pachymé-

ningite et méningo-encéphalite; l'imbécillité et l'épilepsie symptomatiques de méningite récente avec état chagriné des circonvolutions ; l'idiotie et l'épilepsie symptomatiques de *sclérose atrophique des deux lobes frontaux ;* l'idiotie hydrocéphalique acquise; l'état de mal épileptique ; l'épilepsie consécutive à la fièvre typhoïde; l'influence heureuse du traitement médico-pédagogique sur un cas très curieux d'idiotie congénitale complète.

Une liste des travaux scientifiques élaborés dans le service de 1880 à 1896 complète heureusement ce volume illustré de 20 figures et de 20 planches hors texte.

L'une des observations, intitulée : *Idiotie et épilepsie symptomatique de sclérose atrophique des deux lobes frontaux*, mérite d'être signalée d'une façon particulière. Il s'agit d'une fille âgée de onze ans qui, normale jusqu'à six mois, fut prise alors de convulsions qui se reproduisirent pendant quinze jours et durant chaque fois deux à trois heures. Consécutivement, accès d'épilepsie. Pas de paralysie, mais idiotie complète. Durant les six premiers mois de 1897, elle a 42 accès et 30 vertiges, se cachectise progressivement et meure.

A l'autopsie, on trouve un épaississement considérable des os frontaux (pl. I), et une atrophie complète des lobes frontaux. (Pl. II, III, IV et V.) P. KERAVAL.

VARIA.

ASSISTANCE DES ALIÉNÉS : VIEILLE FEMME SÉQUESTRÉE.

« On télégraphie de Bergerac que les époux Breton, cultivateurs, viennent d'être arrêtés sous l'inculpation de séquestration de leur mère et belle-mère. La gendarmerie, mise en éveil par une dénonciation anonyme, a trouvé dans un chai la femme Breton attachée à l'aide d'une forte chaîne passée deux fois autour de sa ceinture et fixée à une marche d'un escalier. La pauvre femme gisait sur une paillasse en mauvais état et était vêtue sommairement d'une chemise et d'un jupon en loques.

« La malheureuse, âgée de soixante-dix ans, est excessivement faible et n'a pu répondre aux questions qui lui ont été posées. Breton prétend que sa mère ne jouit plus de la *plénitude de ses facultés* et qu'il l'avait *enchaînée* pour l'empêcher de fuir et de commettre quelque méfait. La pauvre femme était ainsi séques-

trée depuis quatre mois, de l'aveu même de ses enfants. » (*France*, août.)

— Les séquestrations de ce genre persisteront tant que les Préfets et les Conseils généraux entoureront de difficultés les placements dans les asiles au lieu de les encourager, comme le permet la loi et le veut l'humanité.

Les aliénés en liberté.

Sous ce titre : *Un fou dangereux*, le *Petit Parisien* du 16 septembre rapporte le fait suivant :

« Un ouvrier charpentier, Auguste Gomaind, âgé de quarante-neuf ans et demeurant rue Croulebarbe, donnait *depuis quelque temps déjà* des signes évidents de *dérangement cérébral*. Hier matin, pris d'une soudaine crise de folie furieuse, le malheureux descendit dans la rue, armé d'un long compas de charpentier, aux branches triangulaires, aiguisées comme des lames de poignard, et d'un énorme couteau de cuisine. Il se ruait sur les passants, qui s'enfuyaient, naturellement, avec une vélocité sans pareille, et tenta même de frapper un petit garçon qui passait par là, et qui n'échappa que par miracle à ses coups.

« Six gardiens de la paix, requis par les deux frères de l'aliéné, tentèrent de s'en rendre maîtres. Ils ne purent le faire qu'après un quart d'heure d'une lutte acharnée, et surtout après que l'un d'eux eut désarmé le fou en lui frappant les poignets à coups de plat de sabre. Le fou, dans sa fureur, avait porté des coups terribles. Bref, c'est étroitement ligoté que le malheureux a été porté au poste, et, delà, dirigé sur l'infirmerie du Dépôt. »

— On vient de trouver pendu dans un bois de Noroy, aux environs de Clermont (Oise), au lieu dit « la Vieille-Carrière », le corps de M. Davenne, cultivateur à Noroy. M. Davenne était atteint depuis quelque temps déjà de troubles cérébraux et avait manifesté à plusieurs reprises l'intention d'en finir avec la vie. (*Petit Parisien*, 20 septembre.)

— *Asile de Brenty* (Charente). — Le nommé Georges Raganaud, âgé de trente-deux ans, étant pensionnaire à l'asile de Brenty, s'est échappé de l'établissement et est allé se jeter dans la rivière la Drôme, où son cadavre a été retrouvé. Le malheureux s'était lié les pieds avec une bretelle, au bout de laquelle il avait fixé une énorme pierre. (*Petit Parisien*, 20 septembre.)

— Le *Petit Parisien* du 25 août publie la dépêche ci-après, de Bruxelles, sous le titre :

Une fillette étranglée par sa mère. — « La femme Verstraeten qui, à Jette-Saint-Pierre, a étranglé sa fillette âgée de deux ans, s'est

ainsi que nous l'avons annoncé, rendue à Malines, où demeurent ses parents. C'est là qu'elle a été arrêtée. Soumise à un examen médical, elle a été reconnue atteinte d'aliénation mentale et conduite dans une maison de santé. »

Faculté de médecine de Toulouse.

Thèses neuro-pathologiques soutenues pendant l'année scolaire 1897-1898.

M. Boissel : Contribution à l'étude du diagnostic des paralysies hystériques et de la pseudo-paralysie syphilitique chez l'enfant. — M. Soucail : Contribution à l'étude des lésions spinales dans la paralysie générale. — M. Maurin : La folie alcoolique à Marseille. — M. Cuguillère : Les lépreux et les léproseries de Toulouse. — M. Maisol : De l'hémiplégie spasmodique infantile d'origine hérédo-syphilitique. — M. Costes : La vie psychique des hystériques et leur responsabilité devant la loi pénale. — M. Bibent : L'hystérie simulant les affections organiques chez l'enfant et l'adolescent. — M. Béra : Étude sur les « aliénés processifs ». — M. Derbertrand : Contribution à l'étude de la rupture du sinus circulaire. — M. Andrieu : Contribution à l'étude des tumeurs craniennes d'origine congénitale (variété de pseudo-encéphalie). — M. Bares : Étude de la gangrène des membres chez les neuroarthritiques. — M. Pelloquin : L'amœboïsme nerveux.

FAITS DIVERS.

Concours pour une place de médecin suppléant a Bicêtre. — Ce concours que nous avons annoncé (p. 529 de 1898) vient de se terminer par la nomination de M. Roubinowitch.

Suicides d'enfants. — On a trouvé, ce matin, arrêtée à la vanne du moulin d'Argences, près d'Evreux, sur la rivière d'Iton, le cadavre d'une jeune bonne, âgée d'une quinzaine d'années, au service des époux Jouan, cultivateurs. On se trouve en présence d'un suicide dont on ignore la cause.

— Le jeune Pierre Bouju, âgé de treize ans, domestique chez un cultivateur de Rouillon, aux environs du Mans, s'est pendu, avec un licol, à la porte de l'écurie. Le corps de l'enfant a été transporté chez ses parents, au Mans. Jamais il n'avait manifesté l'intention de se suicider.

Le suicide d'une folle.— Une rentière de la rue de Condé, à Paris, Mme D...., atteinte *depuis quelque temps d'aliénation mentale*, a été trouvée pendue au baldaquin de son lit, hier soir, vers dix heures. Dans une lettre laissée en évidence, Mme D... disait qu'elle se tuait volontairement, et que Dieu, sachant à quel mobile elle obéissait, lui pardonnerait. M. Lagaillarde, commissaire de police, a procédé aux constatations d'usage. (Le *Soleil*, du 26 septembre.)

Drames de l'alcoolisme. — Le général Pottier, commandant la place de Saint-Denis, a fait arrêter et interner, dans la prison militaire de la caserne de Saint-Denis, le casernier du nom de Mondane qui, dans un accès de fureur alcoolique, avait tiré à coups de revolver sur une bande de gamins qui le suivaient en le sifflant, et avait blessé un passant.

Ce premier drame vient de se compliquer d'un second non moins tragique. La femme de Mondane, sans nouvelles de son mari, avait hermétiquement fermé les locaux du casernement. Les militaires du poste, intrigués, prévinrent l'adjudant-major de service, et M. Mazurier, commissaire de police, fit ouvrir la porte d'entrée par un serrurier. Un spectacle lamentable s'offrit aux yeux. Sur le plancher, la femme Mondane était étendue raide morte, une bouteille de rhum à la main. Elle avait succombé à une congestion provoquée par l'ivresse. (Le *Soleil*, du 17 octobre 1898.)

Les épileptiques. — Le conducteur des voitures de factage de M. Liesnard, Paul Croisy, a disparu depuis lundi soir sans que son patron ait eu de ses nouvelles. Il avait déposé tous ses livres à la gare et ils sont parfaitement en règle. Croisy avait une terrible maladie qui l'affectait beaucoup : il était épileptique. On nous dit au dernier moment qu'il a écrit à un de ses parents lui disant qu'il était parti pour Rouen, où il se suiciderait. On donne, dans le public d'autres motifs de cette disparition. (*Rappel de l'Eure*, 12 nov.)

Assistance des aliénés. — « Encore un suicide dans le canton de Nonancourt, dit le *Rappel de l'Eure* (12 nov.). Le nommé Tranchant, Alexandre, âgé de soixante et onze ans, cultivateur à Panlatte, a été trouvé pendu dans sa grange. Ce malheureux avait la *manie du suicide*, car il y a deux ou trois mois il s'était jeté dans sa mare avec un poids de dix kilos au cou. » — Son isolement, en temps opportun, à l'asile d'Evreux, où il aurait pu être soigné, aurait peut-être guéri ce malheureux de sa folie de suicide.

Un fou meurtrier. — Un ouvrier nommé Chancerelle, habitant rue Caulaincourt avec une jeune femme, Marie Lesage, s'est levé ce matin en proie à une agitation extrême. Tout à coup il a tiré

un couteau de sa poche, s'est précipité sur sa compagne et l'en a frappée violemment à plusieurs reprises. La malheureuse, atteinte au cœur, est tombée pour ne plus se relever. Les voisins, attirés par le bruit, sont intervenus, mais trop tard pour la victime. Ils se sont emparés de Chancerelle, qui a été dirigé sur l'infirmerie du Dépôt. (*Le Temps*, du 21 octobre).

La suppression de la peine de mort. — La deuxième commission d'initiative a été saisie d'une proposition de loi, présentée par M. Dejeante, tendant à abolir la peine de mort. Cette commission, « après avoir examiné sérieusement cette proposition de loi », est d'avis, à l'unanimité, qu'il y a lieu de la prendre en considération. (*Le Temps*, du 15 novembre 1898.) — C'est là une loi à voter rapidement.

L'esprit des autres. — « Le césarisme veut la servitude des corps, le cléricalisme veut la servitude des âmes. » (Clémenceau, *l'Aurore*, 27 septembre.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Asile public d'aliénés de Maréville (Rapport du médecin en chef de la division des hommes à M. le préfet de Meurthe-et-Moselle). Année 1897. — Brochure in-8° de 25 pages. — Nancy, 1898. — Imprimerie Berger-Levrault.

Bermo-Erdmann und Dodge (R.). — *Psychologische untersuchungen über das lesen auf experimenteller grundlage.* — Volume in-8° de 360 pages. — Prix : 15 fr. — Halle-sur-Saale, 1898. — Librairie Max Niemeyer.

Calmon du Pin e Almeida. — *Degenerados criminosos.* — Volume in-8° de 134 pages. — Balina, 1898. — Imprimerie Oliveira et Cie.

Colucci (C.). — *Contributo alla diagnosi del cosi detto* ***Morbo di*** *Raynaud (Casi clinici e considerazioni).* — Brochure in-8° de 16 pages. — Milan, 1898. — F. Vollardi.

Colucci (C.). — *Ricerche sull'anatomia e sulla fisiologia dei centri visivi cerebrali.* — Brochure in-4° de 93 pages, avec 28 figures. — Napoli, 1898. — Tipografico C. A. Tocco.

Conto (M.). — *Dos espasmos nos affecções dos Centros Nervosos.* — Volume in-4° de 135 pages. — Rio-de-Janeiro, 1898. — Comparchia typographica da Brazil.

Dallemagne. — *Pathologie de la volonté.* — Volume in-18 de 190 pages. Paris, 1898. — Librairie G. Masson.

Dannemann (A.) et Sommer. — *Die psychiatrische Klinik zu giessen.* — Volume in-8° de 120 pages, avec 12 figures. — Prix : 5 francs. — Berlin, 1898. — Librairie von S. Karger.

DELAGÉNIÈRE (H.). — *Chirurgie de l'utérus.* — Volume in-8° de XII-467 pages, avec 378 figures. — Prix : 10 francs. — Paris, 1898. — Institut de bibliographie scientifique.

DOYEN. — *Sur l'angiotripsie.* (Lettre ouverte à M. Tuffier.) — Brochure in-8°, avec 12 figures. — Paris, 1898. — Imprimerie de la Cour d'appel.

ELMER LEE. — *The frequency of Apoplexy among the higher classis with suggestions for its prevention and escape from fatality.* — Brochure in-8° de 7 pages. — New-York, 1898. — Chez l'auteur.

GILLES DE LA TOURETTE. — *Leçons de clinique thérapeutique sur les maladies du système nerveux.* — Volume in-8°, de 482 pages. — Paris, 1898. — Librairie Plon et Nourrit.

GOLDSCHEIDER (A.). — *Gesammelte abhandlungen.* Tome II : *Physiologie des Muskelsinnes.* — Volume in-8° de 323 pages, avec figures. — Prix : 10 francs. — Leipzig, 1898. — Librairie Johann-Ambrosius Barth.

KOVALEVSKY (P.). — *Psychoses primaires* (Esquisses de psychiatrie médico-légale). — Brochure in-8° de 56 pages. — Varsovie, 1895. — Chez l'auteur.

KOVALEVSKY (P.). — *De l'épilepsie au point de vue clinique et médico-légal.* — Brochure in-8 de 57 pages. — Paris, 1898. — Extrait des *Annales médico-psychologiques.*

KOVALEVSKY (P.). — *Die arteriosklerose des Gehirns.* — Brochure in-8° de 7 pages. — Leipzig, 1898. — *Neurologisches Centralblatt.*

KRANTZ. (M.). — *Diagnose und therapie der nervösen Francokrankheiten infolge gestörter Mechanik der sexuel organe.* Volume in-8° de 106 pages. — Wiesbaden, 1898. — Verlag Bergmann.

MAURICE DE FLEURY. — *L'âme du criminel.* — Volume in-18 de XVI-192 pages. — Prix 2,50. — Paris, 1898. — Librairie F. Alcan.

PARIS (A.). — *L'Assistance des aliénés : organisation médicale des asiles, assistance familiale. Traitement moral*, etc. — Brochure in-8° de 58 pages. — Nancy, 1898. — Imprimerie Berger-Levrault et Cie.

RAYMOND (F.) et JANET (P.). — *Névroses et idées fixes.* Tome II : *Fragments des leçons cliniques sur les névroses, les maladies produites par les émotions, les idées obsédantes et leur traitement.* — Volume in-8° de x-558 pages, avec 97 figures. — Prix : 14 francs. — Paris, librairie F. Alcan.

RAYMOND (le professeur F.). — *Leçons sur les maladies du système nerveux* faites à la Salpêtrière pendant l'année scolaire 1896-1897, recueillies et publiées par M. le Dr RICKLIN. — Un beau volume de 760 pages, avec 130 figures dans le texte et 6 planches en couleur. — Prix : 18 francs. — Paris, O. Doin, éditeur.

Revue clinique des maladies nerveuses, à l'usage des praticiens, paraissant le 10 de chaque mois. — Rédacteur en chef : M. le Dr Levillain, à Nice. — Administration : Librairie Maloine, 21, place de l'École-de-Médecine. — Un an 6 francs.

RUSSELL (R.). — *Contribution to the study of some of the afferent and afferent Tracts in the Spinal Cord.* — Brochure in-8° de 35 pages, avec 12 figures. — London, 1898. — J. Bale sons et Danielsson.

SCHWERDT (C.). — *Der Morbus Basedovii.* — Brochure in-8° de 34 pages. — Munchen, 1898. — Librairie F. Lehmann.

SCRIPTURE (Ed.-W.). — *Studies from the Yale Psychological Laboratory.* — Volume in-8° de 105 pages, avec 32 figures. — New Haven, 1898. — Yale University.

Seventy-eighth annual Report of the Directors of the Dundee Royal Asylum for lunatics. — Brochure in-8° de 43 pages, avec un tableau. — Dundee, 1898. — Royal lunatic Asylum.

Taty (Th.) et Jacquin. — *Maladie du jeune chien. Paralysie infantile et chorée. Lésions microbiennes du système nerveux central.* — Brochure in-8° de 12 pages. — Lyon, 1898. — Librairie L. Savy.

Thivenin (P.). — *Conscience et Automatisme* (Solution du problème de la conscience dans la doctrine automatiste). — Brochure in-16 de 16 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, 1898. — Société d'éditions scientifiques.

Wilbrand und Saenger. — *Die Neurologie des Anges. Ein handbuch für Norven-und augenärzte.* — Volume in-8° de xxvi-306 pages, avec 63 figures. — Wiesbaden, 1898. — Verlag Bergmann.

Ziches (Th.). — *Psychophysiologische Erkenntnistheorie.* — Volume in-8° de 105 pages. — Iena, 1898. — Verlag G. Fischer.

AVIS A NOS ABONNÉS.— *L'échéance du* 1er *JANVIER étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 199.

Vol. VII. Février 1899. N° 38

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

RECHERCHES SUR L'ANALGÉSIE DU CUBITAL (*signe de Biernacki*) CHEZ LES ALIÉNÉS ;

PAR LES DOCTEURS

P. KERAVAL, ET R.-G. LAURENT,

Médecin en chef de l'Asile d'Armentières (Nord). Interne à l'Asile d'Armentières.

En 1894, Biernacki[1] appelait l'attention sur un nouveau symptôme qu'il avait observé dans le tabes, et qui consistait en ceci : lorsqu'on comprime suffisamment fort le tronc du cubital dans la région de l'olécrâne, le bras étant en demi-flexion, position la plus favorable, il peut se produire soit successivement, soit simultanément, selon les circonstances, trois réactions différentes :

1° Une réaction motrice, dans les muscles desservis par le nerf : flexion des premières phalanges et extension des dernières, mouvements d'adduction du pouce, et mouvements du petit doigt dépendant de l'action des muscles de l'éminence hypothénar ;

2° Une réaction purement sensible consistant dans la douleur généralement connue : fourmillements par irradiation dans la région du petit doigt, et aussi de vagues douleurs locales ;

3° Une autre et dernière réaction, qui consiste en flexion du bras, contorsions de la face, ou autres expressions de

[1] *Neurologishes Centralblatt*, 1894.

douleur, voire même des exclamations de souffrance. Biernacki a désigné cette troisième réaction sous le nom mal choisi de réflexe.

Disons sur le champ qu'on ne peut que s'associer à Cramer[1] quand il repousse cette désignation qui tendrait à faire croire qu'il s'agit de phénomènes semblables au réflexe patellaire. Il ne s'agit, ici, en effet, que de phénomènes moteurs extrêmement variables qui se passent tantôt dans le domaine d'un muscle, tantôt dans un autre, et dont l'unique cause est la sensation douloureuse. Ces mouvements ne sont pas le moins du monde une réponse spécifique à l'excitation du cubital; ce sont au contraire des mouvements de défense dans le sens le plus large du mot. Il n'en sera donc plus question dans la suite, et nous ne parlerons que de la présence ou de l'absence de la réaction douloureuse.

Tel est le signe décrit par Biernacki sous le nom d'analgésie du cubital au coude comme symptôme du tabes.

Cramer[2] considérant les rapports multiples qui existent au point de vue symptomatique entre le tabes et paralysie générale se propose de rechercher dans cette dernière maladie le symptôme de l'analgésie du cubital.

Il croit que ce symptôme existe au moins chez les trois quarts des paralytiques, tandis qu'il serait, pour lui, absent chez le plus grand nombre des aliénés non paralytiques.

Des expériences de contrôle ont été faites par les Drs Bædeker et Falkenberg[3] sur les malades de l'établissement de Hertzberg, service du Dr Mœli, dans le but de savoir au juste, si réellement le symptôme de l'analgésie ulnaire existait aussi fréquemment chez les paralytiques et aussi rarement chez les aliénés non paralytiques et s'il était possible d'en tirer des conclusions au point de vue d'un diagnostic différentiel quelconque.

Ces recherches se rapportent à 100 paralytiques hommes, à 25 femmes et à 300 aliénés non paralytiques. Les paralytiques chez lesquels le diagnostic n'était pas douteux ressortissaient aux différents stades de la maladie.

[1] *Muenchener medizinische Wochenschrift*, 1895.

[2] *Loco citato.*

[3] *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, t. LII.

Voici les résultats auxquels ils arrivèrent :

Sur 100 paralytiques hommes, après des expériences multiples on constata que : chez 58 d'entre eux, toute réaction douloureuse était absente ; chez 35 d'entre eux la réaction douloureuse existait à différents degrés. Chez les 7 autres, le résultat était douteux, soit parce que les expériences répétées à différentes reprises avaient donné des résultats contradictoires, soit parce que les résultats des recherches individuelles ne semblaient propres à aucune interprétation.

Chez 25 paralytiques femmes, les chiffres correspondaient à une proportion de 56/100 sans réaction douloureuse, 36/100 avec réaction douloureuse et 8/100 douteux : résultat presque identique à celui fourni par les hommes.

Quant aux aliénés non paralytiques, les expériences ont porté sur 280 malades hommes pris au hasard, et 100 femmes seulement atteintes de toutes les formes de psychoses. Sur les 200 hommes, 61/100 présentaient une réaction douloureuse perceptible, 39/100 ne sentaient rien. — Chez les 100 femmes, les rapports numériques sont semblables, dans 67/100 réaction douloureuse perceptible ; 33/100 témoignent d'une absence de réaction. Il y a donc une petite différence en faveur de la réaction douloureuse, ce qui peut s'expliquer par une plus grande sensibilité chez la femme.

Enfin, il faut encore mentionner que parmi les paralytiques, il s'en trouva 31 qui présentaient des altérations du cordon postérieur, et chez lesquels le réflexe patellaire manquait ; or, chez ces malades, 23, soit 74/100 montrèrent l'absence de la réaction douloureuse en question. Ce nombre vient confirmer les données de Biernacki pour le tabes.

Ces résultats, conformes à ceux de Cramer, indiquent que la réaction douloureuse du cubital manque plus souvent chez les paralytiques que chez les aliénés non paralytiques ; mais, considérant que le paralytique réagit généralement moins aux excitations douloureuses, MM. Bœdeker et Falkenberg, déclarent qu'il leur est impossible de donner à leurs résultats l'importance que prétend leur attribuer Cramer, *et ils concluent que l'analgésie du tronc du cubital ne peut pas être considérée comme un signe typique de paralysie générale, et que, par conséquent, elle ne peut servir d'élément en matière de diagnostic différentiel.*

Cramer, en discutant ces données au Congrès psychia-

trique de Berlin (1895) exposa ses études anatomiques sur le cubital dans le cas d'analgésie partielle.

A l'examen microscopique, on ne perçoit aucune altération, ni sur les coupes longitudinales, ni sur les coupes transverses ; par conséquent, il semble que l'analgésie ulnaire puisse se présenter sans lésions de la moelle épinière ni des nerfs périphériques.

Aussi, Cramer *regrette-t-il qu'on refuse toute importance diagnostique différentielle à l'analgésie du cubital.* Si l'on réfléchit, dit-il, à l'importance généralement attribuée à l'absence du réflexe rotulien dans la paralysie générale, alors que ce réflexe ne manque que chez 20/100 des paralytiques généraux, et que sur 63 cas d'aliénés non paralytiques, 8, c'est-à-dire 12/100 ne présentent pas de réflexe rotulien, il faudra bien admettre que des résultats d'après lesquels l'analgésie cubitale existe chez plus de la moitié des paralytiques, tandis qu'elle manque chez une bonne moitié des non paralytiques, ne sont pas indignes de toute attention. Typique, le phénomène ne l'est certainement pas, et d'ailleurs la paralysie générale ne possède pas de signes pathognomoniques; mais rapprochée d'autres signes de paralysie générale, l'analgésie cubitale aura toujours une certaine importance. C'est pourquoi il faut d'autres expériences pour corroborer les premières et conclure.

Mendel [1] relatant ses expériences personnelles dans sa polyclinique de Berlin, sur le tabes, la paralysie générale et différentes névroses, a trouvé ce symptôme sans grande importauce dans ses recherches.

Les mémoires de Sarbo (*Neurologisches Centralblatt*, 1896), W. Gœbel (*Neurologisches Centralblatt*, 1895) ; B. Greidenberg (*Neurologisches Centralblatt*, 1898) solliciteraient plutôt la curiosité du clinicien. C'est pourquoi nous avons fait des *recherches sur les aliénés de l'asile d'Armentières*. Elles ont porté sur 626 malades hommes : 84 paralytiques généraux et 542 autres aliénés.

Sur les 84 paralytiques généraux dont l'affection était nettement confirmée, 44 présentaient le signe de Biernacki, 32 avaient une sensibilité cubitale normale, 8 donnaient un résultat douteux.

[1] *Congrès psychiatrique de Berlin*, 1895.

Si nous divisons ces paralytiques généraux d'après la période de leur maladie, les résultats sont les suivants :

	NOMBRE de malades.	MALADES présentant le signe de Biernacki.	MALADES ne présentant pas d'analgésie cubitale.	DOUTEUX
Période de début	18	10	6	2
Deuxième période	30	12	16	2
Troisième période	36	22	10	4

Les 542 malades non paralytiques, se répartissent au point de vue de la sensibilité cubitale de la façon suivante : 228 présentent une analgésie complète du cubital : 314 ont une sensibilité normale. Les classe-t-on d'après la maladie mentale dont ils sont atteints, voici les résultats que l'on obtient :

NATURE DE LA MALADIE MENTALE	NOMBRE de malades.	MALADES présentant le signe de Biernacki.	MALADES ne présentant pas d'analgésie cubitale.
Mélancolies diverses	116	38	78
Etats de manie	46	8	38
Alcooliques	38	4	34
Délirants chroniques	20	6	14
Dégénérés { débiles, imbéciles, supérieurs	148	58	92
Idiots	40	34	6
Épileptiques	20	»	20
Déments	92	80	12

Ces chiffres appellent quelques commentaires :

Tout d'abord, nous pouvons dire que les résultats de ces expériences corroborent ceux de MM. Bœdeker et Falkenberg à peu de chose près.

Le nombre de nos paralytiques généraux qui présentent le signe de Biernacki, nous donne la proportion de 53/100, légèrement inférieure à la leur qui est de 58/100. Pour les aliénés non paralytiques, elle est de 42/100, chiffre sensiblement égal au leur, c'est-à-dire à 39/100.

Si l'on jette maintenant un coup d'œil sur le tableau d'ensemble de ces derniers, il est facile de constater que le signe de Biernacki ne donne pas d'indications nouvelles au point de vue de la sensibilité générale des malades. Les troubles de la sensibilité sont, en effet, très fréquents chez les aliénés ; mais l'on sait que l'insensibilité et l'analgésie, se rencontrent de préférence dans les maladies mentales à type dépressif, et principalement dans les affections à lésions soit d'organisation, soit de désorganisation. C'est bien ce que confirme notre tableau.

Nous trouvons le plus d'analgésiques chez les déments (lésions de désorganisation), où la proportion est de 87/100, et chez les idiots (lésions d'organisation) où elle est de 85/100.

Viennent ensuite, mais à une grande distance, les dégénérés divers avec une proportion de 40/100 et les mélancoliques avec une proportion de 32/100.

Dans les autres formes de psychoses, le nombre de malades qui présentent de l'analgésie est beaucoup moindre, souvent infime. Il est encore de 30/100 chez les délirants chroniques ; mais dans lès états de manie, il tombe à 19/100 ; à 10/100 chez les alcooliques. Enfin il est nul, dans la maladie où domine l'héréthisme nerveux : l'épilepsie.

Conclusions. — Quelle est la conclusion légitime de cette statistique ?

Nos résultats pour la paralysie générale sont-ils de nature à faire admettre avec Cramer, qu'il faille accorder au signe de Biernacki une valeur quelconque au point de vue du diagnostic différentiel de la paralysie génerale ? ou, faut-il conclure avec Bœdeker et Falkenberg que l'analgésie du cubital n'a pas de valeur en matière de quelque diagnostic différentiel que ce soit ?

Cramer pensait que les trois quarts des paralytiques, au moins, présentaient ce symptôme, tandis qu'il le croyait absent chez le plus grand nombre des aliénés non paralytiques.

Or, avec les proportions de 53/100 pour les paralytiques généraux, et de 42/100 pour les autres aliénés, nous sommes loin de ce compte, et il est impossible d'accorder à un symptôme qui existe, il est vrai, dans une grosse moitié des cas de paralysie générale, mais qui atteint chez les autres aliénés la proportion de 42/100, l'importance que veut lui attribuer Cramer.

Si l'on réfléchit, en outre, comme le font judicieusement remarquer Bœdeker et Falkenberg, que cette réaction de Biernacki n'est pas inaccessible aux objections; que nous ne possédons aucune mesure objective, aucun point de repère, ni pour savoir le degré de pression à déployer chez un individu déterminé, ni pour connaitre sa sensibilité et sa réaction normales à la douleur ; qu'il s'agit fréquemnent de malades indociles ou difficiles à interroger sur une sensation aussi délicate, qui peuvent exécuter pendant l'expérience des mouvements variés et troubler ainsi le jugement de l'expérimentateur désireux de fixer avec certitude la présence ou l'absence de la réaction en chaque cas particulier, on est bien obligé de conclure :

Qu'un symptôme aussi incertain ne peut avoir de valeur réelle pour un diagnostic différentiel quelconque.

Cette réserve faite, nous admettons volontiers avec Cramer que : *réuni à d'autres symptômes de paralysie générale, le signe de Biernacki pourra constituer un élément de plus en faveur du diagnostic.*

PATHOLOGIE MENTALE.

LES MÉLANCOLIQUES [1].

(ÉTUDE CLINIQUE);

Par le Dr ALEX. ATHANASSIO,
Ancien chef de clinique mentale,
Médecin adjoint à l'hospice d'Aliénés Marcoutza (Bucarest).

OBSERVATION XIII. — La nommée Mina Panailes, âgée de vingt-huit ans, ménagère, entre à l'hospice le 7 avril 1896.

Etat physique. — Taille haute, constitution faible, le crâne bien conformé; les dents mal implantées, surtout celles de la mâchoire inférieure. On observe sur le côté gauche du cou une cicatrice verticale, restes d'anciens ganglions strumeux suppurés. Les téguments sont pâles, le système musculaire peu développé; le système osseux normal; les extrémités froides et cyanosées. La sensibilité générale est diminuée; elle ne peut pas localiser l'endroit piqué. La vision normale; elle distingue bien les couleurs; le goût et l'odorat normaux. Les pupilles réagissent bien directement et par association. Le réflexe pharyngien est aboli; les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs, normaux, de même le réflexe rotulien. Il n'y a pas d'ovarie. Au cœur il n'y a pas de bruits pathologiques, mais le pouls est petit et lent (64 pulsations par minute). Rien à noter du côté des aatres viscères et organes.

Etat psychique. — La malade garde une attitude humble, son regard est sans expression et abattu. Elle prononce de temps en temps des mots à voix basse et dans un ton plaignant. Elle répond difficilement aux questions posées. Elle est complètement dépourvue de volonté et d'initiative. L'intelligence est très obtuse, l'affectivité diminuée; la mémoire est affaiblie; l'association des idées et le jugement absents.

OBSERVATION XIV. — Le nommé Jean Motoca, âgé de cinquante ans, entre pour la seconde fois à l'hospice, le 7 juin 1896.

Etat physique. — Le malade est haut de taille, de constitution forte, bien musclé et développé, gras; pas de trace de violence;

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 37.



Fig. 9. — Groupe de mélancoliques (hommes).

une ancienne cicatrice adhérente à l'os, probablement de nature tuberculeuse. Quelques stigmates de dégénérescence : les lobules des oreilles adhérents, les pavillons appliqués au crâne. La voûte du palais profonde: les dents cariées, les supérieures sont tombées; la pupille droite contractée, la gauche un peu dilatée; elles réagissent bien. Des tremblements de la langue.

Les réflexes des fléchisseurs et extenseurs des doigts, normaux; le réflexe rotulien exagéré, le réflexe plantaire diminué, le réflexe crémastérien aboli. La sensibilité générale est diminuée, mais il paraît que le malade, quoique sentant un peu la douleur, souffre sans réagir.

Au cœur, les battements sont lents et les bruits cardiaques faibles. Rien aux autres organes et viscères. Les ganglions inguinaux pris de deux côtés, ont les caractères des ganglions engorgés spécifiques de la syphilis. Les os tibias ont leurs crêtes irrégulières.

Etat psychique. — Attitude caractéristique de la mélancolie, le malade reste couché, absolument immobile, sans énergie et sans volonté pour exécuter quoi que ce soit. Aux questions qu'on lui pose, il est impossible d'avoir un mot de réponse malgré toutes les insistances que nous employons. Absolument inerte, on doit le soulever avec les bras et le tenir avec grande difficulté pour pouvoir l'examiner.

La volonté est beaucoup diminuée, la perception paraît conservée, malgré qu'il ne répond pas aux questions. On ne peut pas découvrir un délire, ni rien savoir sur l'état de ses facultés intellectuelles, à cause du mutisme absolu dans lequel il s'enferme. Il ne paraît pas avoir des hallucinations. Il dort bien sans l'aide des hypnotiques. Il mange bien et convenablement, mais on doit insister longtemps pour le faire manger. Il est propre.

20 *juillet.* — A la suite du traitement par l'opium, on observe une légère amélioration dans l'état de ses facultés mentales. Il reste pourtant toujours couché, absolument immobile, nous donnant comme cause à cette attitude la peur d'être soulevé comme nn moineau s'il se levait debout. Il n'a pas d'auto-accusations.

25 *octobre.* — L'état mental est complètement rétabli. Il parle et répond immédiatement aux questions. Il ne garde plus cette immobilité opiniâtre, mais au contraire il se promène et aide même aux travaux de l'asile. Il manifeste le désir d'être libéré, disant qu'il veut voir ses enfants. Interrogé sur la cause de son internement, il l'attribue au maire de son village qui le croyait complice dans une affaire d'assassinat commis sur une femme.

Observation XV. — Le nommé Spir... Voic..., âgé de trente ans, facteur postal, entre à l'hospice le 24 juillet 1896.

Etat physique. — Le malade est moyennement développé, constitution plutôt faible, présente comme stigmates de dégénérescence :

la suture sagittale très proéminente, les pavillons des oreilles perpendiculairement implantés, les lobules adhérents. La face triangulaire, la base du triangle occupant le front. Le crâne est aplati (plagiocéphale), forme caractéristique de la syphilis héréditaire. La voûte du palais est excavée. Les dents supérieures sont presque toutes tombées, les inférieures irrégulières. Il y a une asymétrie faciale, le côté gauche est plus développé. Deviation du nez à droite. Un peu de prognathisme.

Les pupilles sont contractées, la gauche est un peu dilatée et irrégulière, réagissant un peu faiblement. Le malade connaît et distingue bien les couleurs, mais ne peut pas bien différencier les nuances du bleu. L'odorat et le goût sont normaux.

Des tremblements de la langue, laquelle garde les impressions dentaires. Des tremblements des doigts des deux côtés. Le signe de Biernacki existe aussi de chaque côté. Le réflexe cubital des extenseurs et fléchisseurs conservé. Le réflexe pharyngien normal; les réflexes rotulien, plantaire et crémastérien diminués. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde.

La sensibilité générale est conservée pour le toucher, la température et la douleur (cette dernière paraît même un peu exagérée); mais le malade ne peut pas localiser d'une façon précise le point piqué.

Au cœur, on constate un souffle au premier temps avec maximum à la pointe. L'hypochondre droit est un peu douloureux à la pression. Rien de pathologique aux autres viscères et organes. Les ganglions inguinaux sont pris de deux côtés sans être pourtant absolument spécifiques.

Antécédents probables : la syphilis et l'alcoolisme.

Etat psychique. — L'attitude du malade est très tranquille, correcte, il se soumet avec quelque difficulté à l'examen, il exécute lentement ce que nous lui demandons de faire. Le regard fixe; la figure pâle exprime la douleur, la souffrance, la dépression. La perception conservée. L'association des idées, l'idéation sont altérées, le malade a l'idée qu'il est faible, malade, indigne, etc. L'intelligence et le jugement complètement altérés. La mémoire est affaiblie autant pour les faits récents que les faits anciens; de même le pouvoir d'abstraction est amoindri. La volonté est diminuée, la sphère morale gardée, les sentiments affectifs amoindris.

Le malade est propre, dort bien sans l'aide des hypnotiques. Il ne présente pas d'hallucinations, ni de zoopsies. Il refuse à manger, on doit insister longtemps pour le faire manger; mais cette insistance l'irrite et le rend impulsif et agressif.

Observation XVI. — Le nommé Jean Parv..., âgé de 32 ans, pâtissier, entre à l'hospice le 27 juillet 1896.

De ses antécédents nous apprenons qu'il a toujours eu un caractère mélancolique, qu'il a une sœur aliénée, un père mort d'apoplexie. Sa maladie date depuis huit mois, quand il a eu le malheur de perdre un enfant âgé de huit mois, syphilitique.

Notre malade est de taille moyenne, présente un peu d'asymétrie faciale, les lobules des oreilles adhérents. La voûte du palais profondément excavée. Les dents très mal implantées et usées. Les pupilles égales réagissent bien. Il n'y a pas de tremblements de la langue, des lèvres ni des doigts. Le réflexe pharyngien conservé. Les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs exagérés. Les réflexes plantaire et crémastérien conservés. Le réflexe rotulien exagéré. Il n'y a pas de trépidation épilepsoïde.

Les ganglions inguinaux, axillaires et cervicaux sont pris, sans être pourtant absolument spécifiques. Au tibia on sent la crête irrégulière et avec des aspérités nombreuses. Les clavicules semblent épaissies, surtout la gauche, vers son extrémité interne. Les poumons sont normaux, mais la respiration se fait plus lentement et incomplètement. Les battements cardiaques sont lents et éloignés, mais on ne constate pas de bruits anormaux; pouls faible, 60 pulsations par minute. Le foie est augmenté de volume et douloureux. La sensibilité générale est un peu diminuée aux jambes, mais il localise assez bien.

La sensibilité spéciale est bonne; le malade ne distingue pourtant pas assez bien les couleurs. Le goût est un peu émoussé mais conservé.

Etat psychique. — L'aspect du malade est humble, les larmes aux yeux, très émotif, il s'accuse d'avoir injurié Dieu et d'avoir volé des gâteaux. En cas d'être jugé, il préfère qu'on le condamne. Sa mémoire est assez bien conservée. Les sentiments affectifs et pudiques conservés. Il a parfois des hallucinations auditives.

En somme une dépression générale de ses facultés, une paresse dans tous ses actes. Il est indécis et anxieux et ne présente aucun délire bien systématisé. Il dort sans hypnotiques. Le sommeil est pourtant interrompu par des rêves terrifiants. Il est propre.

Le 10 janvier 1897, survient une attaque congestive, avec plusieurs (13) accès épileptiformes complets, qui débutent par la moitié droite. La figure est cyanosée, les conjonctives sont congestionnées. La miction et la défécation sont involontaires à la fin des accès.

Les pupilles inégales, la gauche beaucoup plus dilatée, les globes oculaires déviés en haut et à droite, les pupilles rigides. La sensibilité générale à la douleur complètement abolie, de même les réflexes. On lui met douze ventouses scarifiées et on applique le traitement décongestif habituel. L'état comateux dure jusqu'à trois heures de l'après-midi, quand le malade succombe.

OBSERVATION XVII. — Le nommé Constantin-G. Coman, âgé de trente ans, entre à l'hospice le 3 août 1896.

Etat physique et stigmates. — On observe de l'asymétrie cranienne et faciale, la bosse pariétale gauche est plus prononcée. Les lobules des oreilles adhérents, très petits. Les dents assez bien implantées, éloignées les unes des autres surtout à la mâchoire supérieure. La voûte du palais très excavée. Les ganglions lymphatiques tous pris, mais sans présenter de caractères spécifiques. Les clavicules épaissies de deux côtés surtout au tiers moyen symétriquement, mais sans caractère syphilitique. Sur la jambe droite une cicatrice irrégulière, étendue, adhérente à l'os. L'os est épaissi, à la suite d'une ostéite de nature probablement tuberculeuse, elle date depuis l'âge de dix ans.

Les pupilles sont égales, réagissent bien directement (isolément) et par association. Le réflexe pharyngien aboli, le réflexe cubital est normal. Les réflexes des fléchisseurs et des extenseurs un peu augmentés. Il n'y a pas de tremblements de la langue, des lèvres ni des doigts. Il y a tendance aux états catatoniques. Le réflexe rotulien très augmenté; le réflexe plantaire est aboli, le réflexe crémastérien bien diminué.

La sensibilité générale à la douleur est retardée et bien diminuée sur toute l'étendue du corps, localise mal. Le goût et l'odorat pervertis. La marche lente et sans sûreté.

Comme parole il est à noter que le malade répond très difficilement, après de longues insistances nous obtenons quelques mots incomplets. Les poumons sont normaux, la respiration se fait lentement, elle est rare et incomplète. Les battements du cœur sont rares et éloignés. Le pouls est très faible, diminué comme fréquence. Les autres organes sont normaux.

Etat psychique. — L'attitude du malade est humble, il est continuellement couché par terre, sans parler, sans manifester aucune impression de ce qui arrive autour de lui ou de ce qu'on lui dit. Il se prête facilement à l'examen médical, mais sans bonne volonté et sans résignation. Il reste les yeux fermés, ne veut pas répondre aux questions, ainsi il nous est impossible d'apprendre s'il a un délire systématisé, au contraire il ferme obstinément la bouche, en se mordant la lèvre inférieure et en faisant la grimace.

OBSERVATION XVIII. — Le nommé G. Flor..., âgé de vingt-six ans, tapissier, entre à l'hospice le 17 septembre 1896.

Etat physique. — Le malade est de taille moyenne, de bonne constitution et bien développé; présente quelques stigmates de dégénérescence : de l'asymétrie faciale, le côté gauche plus développé, le crâne trop développé par rapport à la face, la région occipito-pariétale plus large que la frontale, crâne natiforme, hérédosyphilitique. Les oreilles perpendiculairement insérées. Les

dents irrégulières et usées. La voûte du palais est très excavée. Les pupilles contractées égales, la droite est irrégulière; elles réagissent bien directement et moins par association.

Le malade ne distingue pas bien les diverses nuances des couleurs. L'odorat et le goût sont conservés. La langue offre de légers tremblements et garde les impressions dentaires. La parole n'est pas altérée. Les doigts tremblent moins. Le réflexe pharyngien diminué; les réflexes des fléchisseurs et des extenseurs sont normaux; le réflexe rotulien est diminué à droite, les réflexes plantaire et crémastérien presque abolis. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde. La marche est normale. La sensibilité générale conservée pour le toucher et la température, celle à la douleur diminuée aux jambes, où le malade ne peut pas préciser l'endroit où il a été piqué. Aucun souffle au cœur. Les autres organes sont sains. Les ganglions inguinaux pris des deux côtés, paraissent spécifiques. Les tibias et clavicules sont réguliers.

Etat psychique. — L'attitude du malade est très tranquille, il reste retiré, le regard triste, la figure contractée, attitude et regard caractéristiques de la mélancolie. les mains froides et cyanosées, le pouls petit, refuse les aliments, se soumet à l'examen, mais exécute difficilement ce qu'on lui demande, un manque d'énergie et volonté caractéristique. Le patient se tient à l'écart et s'éloigne des autres malades, il lie sa verge avec des chiffons et du fil jusqu'à produire une congestion veineuse. Peut-être que cet acte est en rapport avec son délire mélancolique.

La perception est conservée. L'association des idées et l'idéation semblent altérées, mais on ne découvre pas de délire bien systématisé, il accuse pourtant un de ses voisins qui voulait lui faire du mal et qui lui chuchotait des menaces, ce qui prouve des hallucinations auditives mais non caractéristiques. Il ne présente pas d'auto-accusations.

L'intelligence et le jugement sont conservés. La mémoire semble diminuée surtout pour les faits récents. Le pouvoir d'abstraction intact. Les sentiments affectifs et la sphère morale diminués. Il est propre, dort bien, n'a pas de zoopsies ni hallucinations. Il mange, mais après bien des insistances.

OBSERVATION XIX. — La nommée Athène Madgear, âgée de quarante ans, entre à l'hospice le 1er novembre 1895.

Etat physique. — Taille moyenne, très faible, la couleur des téguments jaunâtre, terreuse. La face est légèrement asymétrique, le côté droit plus développé que le gauche. Les oreilles insérées perpendiculairement, les lobules larges, minces, non adhérents. La voûte du palais large et peu profonde. Les dents gâtées manquent en grand nombre, même les molaires. Les incisives supérieures tout à fait usées.

Les pupilles égales, dilatées, réagissent directement et par association. Il n'y a pas de tremblements de la langue ni des lèvres. Le réflexe pharyngien conservé. Les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs conservés. Il n'y a pas de tremblements des doigts. Les réflexes rotulien et plantaire conservés. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde.



Fig. 10. — Groupe de mélancoliques (femmes).

La sensibilité générale est exagérée pour le toucher et la douleur. La sensibilité spéciale conservée, la malade reconnaît bien les couleurs et distingue les nuances.

Légère ovarie. Les mouvements respiratoires lents. Le pouls très faible et à peine perceptible. Les extrémités froides et cyanosées. Odeur fétide de l'haleine. Le foie est augmenté de volume, dépasse les fausses côtes, la pression sur l'hypocondre droit est douloureuse, de même celle de l'épigastre. Les ganglions inguinaux sont petits, durs, nombreux, mais non spécifiques. Les tibias et clavicules réguliers.

Etat psychique. — La malade garde une attitude tranquille et convenable, le regard est vague, scrutateur et timide. Elle se soumet difficilement à l'examen et est récalcitrante aux questions. La volonté est conservée, mais elle exécute très difficilement ce que nous lui disons. Elle nous répond négativement à toutes nos questions, en disant qu'elle a déjà répondu à d'autres docteurs ce que nous lui demandons. La mémoire paraît conservée. L'idéation et le raisonnement sont profondément altérés.

Elle a un délire hypocondriaque; elle dit qu'elle est collée à la colle forte, à la glu, que tous ses organes sont malades, qu'elle veut mourir parce qu'elle a commis un péché devant Dieu, avec son cousin, elle dit qu'elle a souffert et souffre encore beaucoup à cause de ce péché et qu'elle veut mourir à cause de cela. Elle nous dit encore que le plus grand bien que nous ferons sera de la tuer pour qu'elle échappe à tant de souffrances. Elle a des hallucinations; il lui semble que quelqu'un l'appelle la nuit quand elle dort, qu'elle parle à Notre-Dame. Elle n'a pas de zoopsies. Elle mange peu. Ne dort pas trop bien. Elle est propre.

Observation XX. — Le nommé Jean-D. Coudrutz, âgé de trente-six ans, laboureur aux champs, entre à l'hospice le 30 novembre 1896.

Etat physique et stigmates. — Le malade est de taille moyenne, bien constitué et développé, présente comme stigmates de dégénérescence : le crâne très développé globuleux, mais sans asymétrie, la région occipitale proéminente, la bosse frontale gauche déprimée; la moitié gauche de la face plus développée que la droite, la commissure naso-labiale droite effacée.

Les oreilles insérées presque perpendiculairement, l'oreille gauche un peu plus grande que la droite. Les lobules à moitié adhérents, le lobule gauche plus grand que le droit. La voûte du palais est très excavée. Les dents supérieures et inférieures usées. La luette petite déviée à gauche. Les pupilles contractées, égales, la droite est irrégulière, elles réagissent bien directement et par association, à la lumière et à l'accommodation. Il ne connaît pas la couleur bleue et ses nuances. Le goût conservé, l'odorat perdu pour certaines odeurs, excepté l'éther.

Des tremblements de la langue, qui garde les impressions dentaires, elle est un peu déviée à droite; on constate aussi des tremblements aux lèvres quand le malade montre ses dents et quand il tire la commissure labiale gauche en dehors; il y a aussi des tremblements des doigts. Le signe de Biernacki existe de deux côtés. Il y a aussi un commencement de signe de Romberg. Le réflexe pharyngien aboli, les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs conservé ; le réflexe rotulien exagéré et surtout à gauche, le réflexe plantaire bien diminué, le réflexe crémastérien un peu diminué à droite.

La sensibilité générale est conservée pour le toucher et la température; à la douleur un peu retardée, le malade ne peut pas localiser l'endroit où nous le piquons. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde. Le malade a des pituites matinales et du pyrosis. Les bruits du cœur sont rudes, parcheminés; les battements cardiaques rares, le pouls petit, étroit, 60 pulsations par minute. Les ganglions inguinaux sont pris des deux côtés, mais sans présenter les carac-

tères spécifiques. Les clavicules et les crêtes des tibias un peu rugueuses.

Les autres organes et viscères sont sains.

Etat psychique. — Attitude convenable, humble, la figure contractée exprime la tristesse, le regard dirigé en bas, le malade est toujours debout, retiré dans un coin et éloigné des autres malades. Il se soumet à l'examen, exécute ce qu'on lui demande, mais avec beaucoup de lenteur, un manque d'énergie et de volonté est manifeste dans tous ses mouvements et tous ses actes. Il répond à nos questions, mais seulement après de longues insistances et après que nous ayons répété plusieurs fois la même question. L'association des idées et l'idéation sont altérées. Il s'accuse d'être coupable, mais sans spécifier de quelle faute, et demande qu'on lui donne une autre punition, qu'on l'envoie en prison; car pour ses fautes il n'est pas assez puni d'être retenu à l'hospice et de rester continuellement debout.

Il semble avoir des hallucinations auditives. Il a eu et a des zoopsies. L'intelligence et le jugement conservés, de même que la mémoire. Les sentiments affectifs et la sphère morale ne sont pas altérés. Il dort bien sans l'aide des hypnotiques. Il mange, mais seulement après insistance, il refuse la viande parce qu'elle le rend malade. Demande à faire maigre.

OBSERVATION XXI. — La nommée Rosa Cleisch, âgée de trente-trois ans, ménagère, entre à l'hospice le 6 mars 1897.

Etat physique. — La malade est de taille moyenne, constitution débile, les téguments pâles, le système osseux et musculaire peu développés. Présente comme stigmates de dégénérescence : la bosse frontale droite déprimée, le dos du nez présente une proéminence qui n'est pas normale. Elle n'offre pas d'autres asymétries faciale ou cranienne. Les lobules des oreilles sont adhérents. Les dents supérieures et inférieures petites et usées, les incisives supérieures éloignées, une partie des molaires cariées. La voûte du palais très excavée.

Antécédents. — Malade depuis le 10 février 1896. Le père de la malade est mort il y a huit ans, probablement à la suite d'une paralysie générale, d'après ce que raconte la mère de la malade qui nous dit qu'il avait le délire des grandeurs (il disait qu'il avait beaucoup de bétail, beaucoup d'argent, etc.; la parole était altérée). La mère de la malade est bien portante, n'abuse pas des alcooliques. La malade a encore trois sœurs qui vivent et sont bien portantes. La malade a eu dix enfants, dont trois avortements, deux sont morts une semaine après la naissance et un autre plus petit a été tué par sa mère.

Dix jours après le dernier accouchement elle a subi une grande peur, par le fait que la maison voisine prit feu. Après l'accouche-

ment, son caractère commençait à changer, elle devient triste, soupçonneuse; elle se plaignait que son mari tarde beaucoup le soir, peut-être qu'il a une amoureuse.

Elle aimait beaucoup ses enfants. mais dernièrement elle est devenue indifférente. La maladie lui est venue graduellement, mais le 10 février elle devient plus prononcée; elle n'était pas impulsive, ne proférait pas des expressions triviales; elle se tenait plutôt retirée, indifférente à ce qui l'entourait, de temps en temps elle prononçait le mot « diable » qu'elle répétait chaque fois qu'elle voyait une personne étrangère. Elle refuse les aliments ainsi qu'on est forcé à la nourrir.

A l'*examen physique* on constate que la malade présente deux cicatrices au niveau de l'union du manche du sternum avec son corps, de même une autre cicatrice à la partie interne et supérieure de la jambe droite. Les pupilles égales, régulières, réagissent directement et par association; le réflexe pharyngien est diminué, les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs normaux; les réflexes rotulien et plantaire ne sont pas augmentés. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde. La marche normale.

La sensibilité générale paraît retardée pour le toucher et pour la douleur; normale pour la température. Elle n'offre pas des tremblements de la langue, des lèvres ni des doigts. Le goût est perverti, elle dit que l'acide citrique a un goût amer. Odorat est normal. Pas d'ovarie. Les ganglions cervicaux et inguinaux sont de volume habituel. Les clavicules et les crêtes des tibias sont régulières. Les bruits du cœur sont lents, mais on n'entend pas de souffle. Le pouls est petit, rare (62 pulsations par minute). Les extrémités sont froides et cyanosées. Les poumons sont normaux. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes, mais il est douloureux à la pression.

Etat psychique. — L'attitude de la malade est très abattue, le regard fixe et dirigé en bas, rien ne l'intéresse de tout ce qui l'entoure. La perception est normale, elle répond aux questions avec beaucoup de difficulté et seulement si nous insistons longtemps sur la même question. La parole très lente et basse, presque imperceptible. La mémoire de quelques rares réponses que nous recueillons paraît conservée. Elle exécute ce que nous disons de faire, mais bien difficilement. Nous ne pouvons préciser si elle a des illusions ou des hallucinations.

Après bien des insistances, elle nous avoue avoir égorgé son dernier enfant, mais qu'elle a fait cela dans un moment de folie et après avoir rêvé la nuit une tête d'enfant. Les sentiments affectifs paraissent diminués, parce que, en lui demandant si elle veut que nous lui amenions ses enfants pour les voir, elle reste indifférente.

Nous arrivons de même à n'avoir aucune réponse si elle regrette le crime commis. Nous n'avons pas pu découvrir un

délire quelconque; elle ne présente pas d'auto-accusation. Elle n'a pas de l'incontinence, pas d'insomnie. Elle sort bien améliorée en janvier 1898.

Observation XXII. — La nommée Safta Dem. Stef, ménagère, âgée de trente ans, entre à l'hospice le 22 août 1897.

Etat physique. — De taille moyenne, constitution et développement faibles. Comme stigmates de dégénérescence : la bosse pariétale droite déprimée; asymétrie faciale, le côté gauche est mieux développé. Les oreilles ont les lobules adhérents. La voûte du palais est excavée. Les dents supérieures et inférieures bien implantées. Les inférieures usées, les supérieures éloignées les unes des autres.

La malade présente une ulcération à la jambe gauche; plusieurs petites ecchymoses aux membres inférieurs. Des vergetures abdominales s'étendant sur la partie supérieure des cuisses.

Les pupilles sont dilatées, égales, régulières, réagissent bien directement et par association, par réaction sensitive, c'est-à-dire en piquant la malade sur le corps. Le réflexe pharyngien est conservé. Il y a des tremblements de la langue, moins des lèvres. La contraction idéo-musculaire est un peu augmentée, de même les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs sont augmentés. Le réflexe rotulien est conservé. Le réflexe plantaire est aboli. La sensibilité générale au toucher et à la douleur paraît conservée, quoique la malade ne puisse pas préciser si nous la piquons avec la tête ou la pointe de l'épingle; de même elle ne localise pas bien et parfois se retient à souffrir des piqûres profondes. A l'esthésiomètre, au tronc et aux membres elle répond à une distance de 6-8 centimètres. Elle reconnaît bien les couleurs et différencie les nuances. L'odorat et le goût normaux. Il n'existe pas d'ovarie, pas de trépidation épileptoïde.

Du côté des organes respiratoires rien à noter. Au cœur, les battements sont rares, faibles, éloignés. Le pouls faible. Rien de pathologique du côté des autres organes. Les ganglions inguinaux pris de chaque côté, surtout du côté gauche, à cause de l'ulcération de la jambe. Pas de signes de syphilis.

Etat psychique. — L'attitude est tranquille, la mine un peu triste et plaignante. Elle se soumet à l'examen, mais exécute bien lentement et sans énergie ce qui nous lui disons. Elle répond à nos questions mais seulement après de longues insistances et toujours en soupirant. L'attitude dénote encore l'humilité, le regard est fixe et immobile. En cherchant un délire quelconque, nous trouvons de l'auto-accusation. La malade répète continuellement qu'elle n'a tué personne, mais qu'elle a mis le feu à de la paille qui se trouvait à la maison, mais plus tard elle nous dit que ce sont ses enfants qui y ont mis le feu et pas elle. Une autre fois,

elle a détruit une cheminée; elle a fait tout cela à cause d'une douleur qui lui est venue à la tête, elle avait perdu la vue, son mari l'a battue, ensuite ses filles l'ont liée.

Elle déclare avoir vécu toujours en bonne intelligence avec son mari, malgré qu'il arrivât parfois ivre à la maison, elle avoue des habitudes alcooliques mais non des abus. Elle nous dit qu'elle a eu huit enfants, trois garçons sent morts, il lui reste encore cinq filles vivantes! Elle ne sait pas nous dire la cause de la mort de ses enfants. Elle n'a eu aucun avortement, elle a eu deux accouchements gémellaires. La mémoire paraît diminuée pour le présent et le passé. Les sentiments affectifs sont conservés pour son mari et pour ses enfants. Elle dort bien sans l'aide des hypnotiques. Elle mange bien et convenablement. Elle est propre. On ne constate pas d'hallucinations ni de zoopsies. Elle n'a pas d'impulsions. Elle parle continuellement, pleurant de temps en temps, même étant seule, à voix basse et faible, elle raconte tout ce qui lui est arrivé. La malade succombe le 5 juillet 1897.

Observation XXIII. — La nommée Dorothea Oelhausen, gouvernante, âgée de vingt-sept ans, entre à l'hospice le 27 juin 1897.

Etat physique. — La malade est de taille moyenne, de faible constitution, ne présente pas à la surface du corps des traces de violence. Comme stigmates de dégénérescence : il n'y a aucune asymétrie cranienne ou faciale, les pavillons des oreilles bien conformés, les lobules adhérents, la voûte du palais excavée, les dents bien implantées.

Les pupilles sont égales, dilatées, régulières, réagissent directement et par association à l'accommodation et par réaction sensitive. Le réflexe pharyngien est un peu diminué. Les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs normaux. Le réflexe rotulien légèrement augmenté. Le réflexe plantaire conservé ainsi que la contraction idéo-musculaire.

La sensibilité générale conservée pour le toucher et la douleur, toutefois elle paraît un peu retardée. Elle n'a pas de plaques analgésiques ou anesthésiques. Elle ne répond pas pourtant à l'esthésiomètre. Le goût et l'odorat conservés. Elle reconnaît bien les couleurs et différencie les nuances. Elle n'a pas d'ovarie, ne présente pas de trépidation épileptoïde. Les bruits du cœur sont normaux. le pouls est tout petit; les extrémités froides. Le foie normal, ainsi que la rate. Rien de pathologique à noter du côté des autres organes. Pas de signe de syphilis.

Etat psychique. — La malade se tient habituellement à l'écart, ne fraie et ne parle pas avec les autres malades. Sa figure dénote la souffrance, son regard est fixe, elle ne paraît pas s'intéresser à ce qui l'entoure. Elle parle très peu, répondant avec grande peine à ce que nous lui demandons et c'est à peine perceptible. Elle dit

qu'elle ne s'appelle pas Dorothea Oelhausen, mais Mina Klapenbach, qu'on a changé son nom. Elle a des auto-accusations; ainsi elle nous dit qu'elle n'est pas digne de vivre, elle nous dit encore qu'elle a des ulcérations, qu'elle est une prostituée, etc.

La mémoire est conservée, mais elle ne peut pas nous donner des indications depuis quand elle est malade et comment la maladie lui est venue. Elle demande avec insistance à partir à la maison, disant qu'elle veut aller chez son mari. Elle n'a pas d'illusions ni d'hallucinations. Elle refuse les aliments, à ce point qu'on est forcé de recourir pour la nourrir à la sonde. Elle dort très peu.

Elle contracte une stomatite infectieuse intense, son état général empire beaucoup, on la traite par des lavages antiseptiques, etc. Comme état psychique, elle se trouve dans un état d'inquiétude continuelle, demandant à partir chez elle. Elle succombe le 13 septembre 1897.

Observation XXIV. — La nommée Rosa Otoleac, domestique, âgée de cinquante ans, entre à l'hospice le 28 juillet 1897.

Etat physique. — La malade est de taille moyenne et développement médiocre; rien de bien particulier à noter comme symptômes physiques. De pouls est petit et lent; les extrémités froides. Des réflexes et la sensibilité sont à l'état normal. La malade présente de nombreuses cicatrices provenant des plaies qu'elle se fait elle-même pour calmer les piqûres qu'elle sentait comme des aiguilles qui lui traversaient le corps. Pas de signe de syphilis. Quelques stigmates de dégénérescence à noter : le crâne volumineux, le front petit, la bosse frontale gauche un peu déprimée, les régions pariétales très développées. Elle a les pavillons des oreilles perpendiculairement inserés, les lobules grands et non adhérents. Les dents irrégulières, l'incisive moyenne gauche surpasse en longueur les autres dents voisines, le maxillaire snpérieur est étroit, irrégulier; les molaires en partie absentes. La voûte du palais excavée.

Etat psychique. — La malade est retirée d'habitude, elle ne parle pas aux autres malades. Sa figure exprime la souffrance. Elle se considère comme coupable, car étant née par sa mère pour devenir « Soleil » et pour monter au saint Dieu; mais n'écoutant et n'obéissant ni à Dieu ni à ses parents, elle est restée femme.

Elle s'accuse d'avoir mangé, car elle ne devait manger que ce que Dieu lui donnait. Elle nous dit que le soleil doit changer de cinquante ans en cinquante ans. Elle dit qu'elle a commis tant de péchés qu'on ne peut plus en parler, entre autres elle dit avoir péché envers son mari. Elle n'a pas été convenable devant les hommes, car elle chante et rit sans parler. Elle s'accuse encore que sa mère l'a envoyée à l'école et qu'elle n'a rien appris. Dieu a parlé avec elle et l'a réprimandée d'avoir fait tant de maux;

même les images saintes pendues aux murs parlent avec elle. On voit par là qu'il existe des hallucinations. La mémoire est bien conservée. Le raisonnement et l'association des idées sont bien altérés. Les sentiments affectifs sont gardés, de même le sentiment de la pudeur. Elle mange, mais le plus souvent forcée. Elle dort bien.

Après quelque temps de séjour à l'hospice, l'état de la malade paraît un peu amélioré, elle dit qu'elle est mieux chez nous, elle répond plus rapidement aux questions. Elle mange et de bon appétit. Ce mieux est pourtant éphémère et trompeur, car la malade succombe le 12 octobre 1897.

Ce cas entre dans la forme de mélancolies décrites sous le nom de mélancolie religieuse (Dagonet). On pourrait aussi bien le placer dans le cadre des dégénérés à délire mystique.

Observation XXV. — La nommée Maria V. Mardare, ménagère, âgée de quarante-cinq ans, entre à l'hospice le 10 août 1897.

Etat physique. — De taille moyenne, de bonne constitution, ne présente pas des traces de violence sur le corps.

Comme stigmates de dégénérescence : le crâne petit, le front de même ; elle ne semble pas avoir des asymétries cranienne ou faciale ; les lobules des oreilles adhérents dans toute leur étendue; l'arcade dentaire supérieure dépasse l'inférieure, les dents supérieures larges, les inférieures irrégulières. La voûte du palais n'est pas excavée. La malade présente au grand doigt de la main droite une plaie presque cicatrisée, provenant d'après ce que dit l'acte médico-légal d'une morsure.

Histoire de la maladie. — La malade âgée de quarante-cinq ans, mariée depuis vingt ans ; son père était alcoolique et est mort il y a douze ans. De son mariage sont nés cinq enfants, dont trois garçons et deux filles. Sa maladie date de l'automne 1896, quand elle sentit une pesanteur et une douleur à la région épigastrique et précordiale, s'irradiant vers la tête, disparaissant pour revenir de nouveau. Elle se plaint encore maintenant de douleur de tête.

Le 20 juin 1897, étant à la maison avec un de ses enfants, âgé de onze ans, malade de la fièvre, elle le prit de son lit, le porta dans une hutte voisine et le pendit à une corde. Dans la lutte qui doit avoir eu lieu entre la mère et l'enfant, ce dernier la mordit au grand doigt de la main droite. L'acte médico-légal dit que la malade accomplit ce crime parce qu'il lui semblait que l'enfant était un chien.

Maintenant malgré toutes nos insistances pour nous dire le motif qui l'a poussée à commettre cet acte, elle ne nous dit rien prétextant qu'elle-même ne sait pas comment cela lui est venu.

Etat psychique. — La malade est dans un état d'inquiétude continuelle, son regard est interrogateur, elle se plaint pendant tout

le temps de notre examen, en nous demandant de la laisser partir; lui demandant pourquoi elle pleure, elle nous dit qu'elle n'en sait rien ; mais en amenant la conversation sur ce qui est arrivé, elle tâche d'en éviter le pénible souvenir, et nous avoue qu'elle est coupable. Son front est continuellement ridé, probablement parce que l'idée et l'image du crime lui sont toujours présentes. La mémoire paraît conservée, elle se rappelle les noms de ses enfants; mais en la questionnant plus longtemps, elle nous dit qu'elle ne peut plus rien nous dire, étant occupée maintenant par d'autres pensées.

Le jugement et l'association des idées ne semblent pas bien altérés. Elle se plaint et se lamente de temps en temps en serrant les poings. On ne constate aucun délire. Elle n'a pas de zoopsies, nie les abus alcooliques.

Les sentiments affectifs paraissent conservés, la malade désirant voir ses enfants et son mari. Elle dort peu la nuit, se promenant dans la chambre et se lamentant. Elle soupire souvent en se frappant la tête. Elle mange bien et est propre.

Observation XXVI. — Le nommé Mincou (G. Barzéo), laboureur des champs, âgé de trente-deux ans, entre à l'hospice le 18 novembre 1897.

Etat physique. — Le malade est de taille moyenne, de constitution forte en apparence. Le système musculaire, le système osseux ainsi que le tissu cellulaire très bien développés. Les téguments ne présentent pas d'autres altérations, qu'une perte de l'élasticité de la peau qu'on observe au dos des mains, le malade ayant souffert antérieurement de la pellagre. Comme stigmates de dégérescence à noter :

Une légère asymétrie cranienne; la partie supérieure de la région fronto-pariétale gauche est plus déprimée que la partie correspondante du côté opposé.

On constate de même une asymétrie faciale, la joue gauche est plus allongée que la droite. Sous la commissure labiale gauche existe une dépression cicatricielle (à la suite d'un abcès, d'antrax d'après ce que nous dit le malade). Les dents incisives inférieures sont disposées d'une façon vicieuse, elles chevauchent les unes sur les autres. La voûte du palais est excavée. Le petit orteil du pied gauche manque, à la suite d'un traumatisme, d'après ce que nous dit le malade.

La pupille gauche semble plus dilatée que la droite. Les pupilles réagissent lentement et difficilement à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a pas de diplopie. Le malade distingue bien les couleurs et les nuances. Le sens de l'ouïe est diminué. Le goût et l'odorat sont conservés mais notablement affaiblis.

La langue présente de légers tremblements et garde les impressions dentaires. Le sens du toucher est conservé. La sensibilité

cutanée est diminuée, mais il n'y a pas de plaques d'anesthésie. Le réflexe pharyngien est conservé. Les réflexes rotulien et plantaire bien diminués, presque abolis.

Il n'y a pas de trépidation épileptoïde. La marche est difficile.

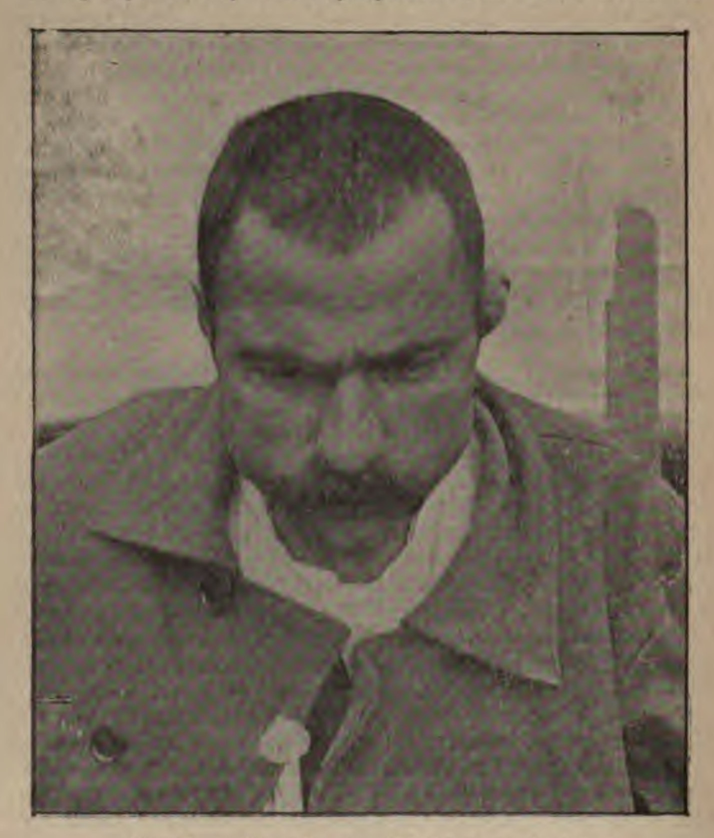


Fig. 11. — Minc. Bazy (mélancolie avec stupeur).

Le malade marchant les yeux fermés, est pris d'oscillations (signe de Romberg). Il ne peut pas rester sur un pied. Il présente aussi de légers tremblements des doigts. La force musculaire est très diminuée.

L'appareil respiratoire est normal. Le cœur est normal ; mais le pouls est petit, contracté, filiforme. Le malade accuse des douleurs dans la région de l'hypochondre et de l'épigastre. Le foie et la

rate sont normaux. Le malade souffre de la constipation. La vessie est énormément dilatée par paresse des muscles vésicaux; on retire par la sonde un litre et demi d'urine.

Etat psychique. — Le malade est très déprimé. La mémoire est diminuée tant pour les faits récents qu'anciens. Il répond difficilement aux questions. L'attention lui manque. Il nous dit qu'il a eu huit enfants, dont trois sont morts, mais il ne peut pas nous dire la cause de leur mort. Les sentiments affectifs sont diminués. Il nous dit qu'il est pauvre et qu'il vit de son travail. Il ne peut pas faire un calcul, il n'a pas la notion du temps. L'idéation est diminuée. Il nous répond à un seul mot, il ne peut pas former une phrase, souvent il ne fait que répéter lentement ce que nous lui disons.

Le malade doit être forcé pour manger.

Ses mouvements sont très lents, en imprimant divers mouvements à ses membres, en les mettant dans diverses positions, ils restent fixes, figés; le malade semble privé de volonté, et ne change de position qu'après quelque temps, bien tard et bien lentement; il semble même que ses membres tombent et reviennent à leur situation normale plutôt grâce à leur propre poids que par ordre des centres moteurs.

La perception est très réduite. Le malade paraît éprouver une très grande difficulté et déployer un travail notable dans son cerveau, pour pouvoir mettre ses lèvres en mouvement et pour parler.

Observation XXVII. — La nommée Smaranda-J. Radulex, âgée de trente-trois ans, entre à l'hospice le 15 janvier 1898.

Etat physique. — La malade est de taille moyenne, de bonne constitution et bien développée; le système osseux et musculaire ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané amplement développés. Comme stigmates de dégénérescence : une légère asymétrie cranienne, le côté gauche étant plus déprimé que le droit. Les dents sont régulières, à remarquer seulement que l'arcade dentaire supérieure recouvre l'inférieure. La voûte du palais est normale. Les lobules des oreilles adhérents, petits; les pavillons sont bien conformés et normalement insérés. La malade présente quelques ecchymoses à la région fessière droite produites par la chute, mais ces ecchymoses sont sans importance.

Les pupilles sont égales, dilatées, régulières ; elles réagissent tardivement à la lumière, directement et par association. La vue est conservée et normale, la malade reconnaît bien les couleurs et différencie les nuances. Le réflexe pharyngien est conservé. Le réflexe rotulien est normal, le réflexe plantaire diminué. Il n'y a pas de tremblements de la langue ni des doigts. La sensibilité générale est diminuée, elle paraît pourtant bien localiser l'endroit où elle a été piquée, mais il nous est impossible d'avoir une

réponse de la part de la malade, nous ne pouvons rien apprendre de bien précis.

Il n'y a pas de plaque d'analgésie, d'anesthésie, d'hypéresthésie, etc. On ne peut pas se rendre compte si le goût et l'olfaction se trouvent à l'état normal. Il n'y a pas de signe de syphilis.

Etat psychique. — La malade se tient dans une attitude penchée, en priant; elle ne veut pas absolument être examinée, elle nous repousse et ne se laisse pas toucher ; c'est seulement avec la force et à grand'peine que nous avons obtenu quelques points, données d'examen physique; elle est incapable de nous dire quelque chose.

L'expression de la figure est bien caractéristique d'une mélancolique en stupeur. Inerte, immobile, figée. Elle fuit le monde, les autres malades, les infirmières, etc. Elle se tient retirée dans un coin, sans prononcer une parole, sans demander la moindre chose même la plus nécessaire et indispensable. Elle refuse de se coucher dans son lit, on est forcé de lui appliquer la camisole et la tenir liée à son lit. On la nourrit à la sonde.

Observation XXVIII. — La nommée Anastasie Dragan, ménagère, âgée de quarante-cinq ans, entre à l'hospice le 22 janvier 1898.

Etat physique. — La malade est de taille moyenne, le tissu cellulaire complètement disparu, le système musculaire médiocre, le système osseux bien conformé. La tête ne présente pas d'asymétrie. Les oreilles sont petites, perpendiculaires, les lobules petits et adhérents. La voûte du palais est ogivale. De nombreuses dents manquent.

Les pupilles légèrement dilatées, réagissent bien à la lumière, mal à l'accommodation. Il n'y a pas de nystagmus ni de diplopie monoculaire. Le sens chromatique est normal. Le goût paraît un peu diminué. Il y a des tremblements de la langue et des doigts. Le réflexe pharyngien est conservé.

La sensibilité générale à la douleur est conservée en grande partie, la malade précise bien les attouchements faits avec la tête d'une épingle et les piqûres de la pointe. Il y a des plaques d'anesthésie et d'analgésie à la jambe gauche et à la fesse droite; aux bras la sensibilité est normale. Il n'y a pas d'ovarie.

Du côté des organes thoraciques nous trouvons aux sommets des poumons une expiration rude et une expiration prolongée. Les battements du cœur sont éloignés, le pouls est rare et faible. Le nez et les extrémités sont froids.

Comme *antécédents.* — La malade nous apprend qu'elle a eu sept enfants, dont un seul est vivant (quatre avortements).

Les parents de la malade sont morts, mais elle ne sait pas de quoi.

La malade n'abusait pas des alcooliques, tout en en usant modérément.

Etat psychique. — La malade est continuellement agitée, elle pleure sans cesse, nous dit qu'elle est malade, attaquée de la poitrine, que le Dr Asaky a dit cela, que nous ne pourrons rien lui faire; que Dieu ne pourra lui venir en aide et encore moins nous.

Les bruits que font les autres malades de l'hospice sont tout de suite interprétés par elle dans le sens de son délire, c'est-à-dire que les malades lui crient qu'elle est attaquée. Continuellement elle tâche de nous persuader qu'elle est atteinte d'une maladie contagieuse, qu'elle doit être désinfectée, qu'elle va mourir, qu'elle est perdue.

L'expression de sa figure nous montre le découragement et même le désespoir, surtout au moment de l'auto-accusation : quand elle nous dit qu'elle doit mourir pour son nom, quoiqu'elle ne sait pas ce qu'elle a fait, parce qu'on l'a endormie, on l'a enfumée et qu'elle ne peut pas s'en rendre compte. La parole n'est pas altérée. Les réponses sont claires et nettes. Elle est continuellement dominée par ses idées hypochondriaques, se demandant sans cesse : Où aller ? Quoi faire pour échapper, quoiqu'elle sache qu'elle va mourir. Elle sait et sent qu'elle va périr; elle sent que tout son corps n'est qu'une vermine, qu'elle est toute pourrie. Elle nous dit continuellement qu'elle exhale une odeur putride.

De son délire d'auto-accusation nous déduisons les observations suivantes : la malade se plaignant nous dit qu'une grande honte plane sur elle et consiste dans le fait qu'on a édité une brochure contre elle; que tout le monde est contre elle; qu'étant enfant de quatre ans elle a eu des relations avec un garçon, puis qu'elle est accusée d'avoir eu des rapports avec les animaux et que c'est à cause de cela qu'elle est tombée malade et qu'elle souffre tant et qu'elle cherche à échapper à cette vie ; surtout que tout le monde a mis un pulvérisateur pour se désinfecter de son approche ; tous les magasins sont fermés, parce qu'elle est contagieuse et donc à quoi bon vivraitelle encore ? elle nous prie de la tuer pour qu'elle échappe à la honte, et puis elle est aussi attaquée et pourrie.

Elle pleure sans cesse qu'elle n'a pas de repos, qu'elle est perdue. Elle nous repousse de près d'elle, parce qu'elle sent mauvais. La mémoire est bonne, elle nous dit qu'elle est née à la Saint-Pierre. La malade nous raconte assez bien ses antécédents. Elle n'a pas bien la notion du présent; elle ne sait pas le jour, le mois et pas même l'année dans laquelle nous sommes. En la mettant à faire des calculs même un peu compliqués, elle nous répond exactement.

Le raisonnement est altéré. Elle nous dit qu'elle est ici dans un autre hôpital, où on soigne de toutes les maladies et qu'elle est aussi dans un asile d'aliénés, et qu'ici on amène des malades qui n'ont pas les moyens de se soigner à la maison, et si elle a été amenée dans un hospice d'aliénés, c'est pour les folies qu'elle a commises étant enfant. Elle nie absolument être folle maintenant;

mais peut-être que la maladie qu'ella a, lui a troublé le cerveau et comment en pourrait-il être autrement quand toutes les malades crachent quand elles la voient?

Elle n'a aucun délire systématisé quelconque, de persécution, de grandeur, etc. Elle a des hallucinations nocturnes avec caractère terrifiant; elle voit des ours et d'autres animaux qui l'attaquent.

Des hallucinations auditives aussi à caractère terrifiant. Les sentiments affectifs sont conservés. Elle est très émotive. Elle n'a pas d'illusions. Continuellement agitée, inquiète. Elle mange seule et est propre.

Elle ne dort pas et a des tendances au suicide. On institue le traitement opiacé à doses progressives, ainsi que des injections de morphine de temps à autre, qui amènent une notable amélioration au bout de deux mois.

OBSERVATION XXIX. — Le nommé Costea Constantin..., âgé de vingt-huit ans, ouvrier, entre à l'hospice le 11 février 1898.

Etat physique.— Le malade est de taille moyenne, très amaigri; des lésions de décubitus aux deux régions trocantériennes; tendances au décubitus à la région sacrée. Plusieurs cicatrices dans la région des épaules et sur le dos; leur coloration est cuivrée, mais elles ne sont pas adhérentes à l'os ; à la jambe et au pied droits une éruption pustuleuse, plusieurs excoriations sur le thorax et l'avant-bras droit.

Comme stigmates de dégénérescence : le crâne est brachycéphale, présentant la région occipito-pariétale plus saillante à gauche. Le front étroit; les oreilles petites, perpendiculairement insérées ; les lobules sont adhérents. La voûte du palais est profonde. Les dents sont régulières ; la face est symétrique.

Les pupilles un peu dilatées, égales, régulières ; réagissent bien directement et par association à l'accommodation et par réaction sensitive. Le malade reconnaît les couleurs et leurs nuances. Peu de tremblements de la langue, mais plus manifestes aux doigts. Le goût et l'olfaction sont conservés. L'excitabilité des nerfs cubitaux est exagérée, la pression des troncs nerveux est douloureuse.

Le réflexe pharyngien est diminué, le réflexe rotulien est exagéré, le réflexe plantaire aboli, le réflexe testiculaire diminué. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde.

La sensibilité générale au toucher, à la douleur et à la température conservée partout. Le sens musculaire est conservé. Le malade ne répond pas normalemement à l'esthésiomètre. Le pouls est petit, faible, filiforme. Le nez et les extrémités sont froids et un peu cyanosés. Les battements cardiaques sont irréguliers.

Les ganglions inguinaux sont spécifiques de la syphilis, les

crêtes tibiales rugueuses. Les clavicules épaissies. Les autres organes et viscères sont sains.

Etat psychique. — L'attitude du malade est humble, sa figure exprime une profonde dépression; elle trahit une grande anxiété avec concentration interne; le front fortement ridé montre une grande inquiétude et préoccupation. Déprimé au physique et au moral, sans énergie dans ses actes; en le questionnant il tourne son regard d'un autre côté, et ne fait aucune attention à ce que nous lui disons.

Le malade se trouve dans une immobilité absolue et garde un mutisme complet, le regard fixé à terre, sans répondre à aucune de nos questions; nous ne pouvons même pas le décider à nous faire un signe d'affirmation ou de négation.

Insistant dans nos questions et nous adressant d'une façon bien douce, ou en le menaçant, tout est en vain, nous n'arrivons pas à le faire sortir de son mutisme. Au plus si nous arrivons à le faire prononcer quelques mots, mais si bas et chuchotés qu'ils sont incompréhensibles.

Il est bien difficile de juger sur son état psychique, et s'il a un délire d'auto-accusation caractéristique de son état mélancolique, délire qui paraît exister, mais que le malade refuse à nous avouer. On ne peut pas savoir s'il a des hallucinations visuelles ou auditives; seul, le malade garde la même immobilité, humilité, mutisme. Malgré cet état grave de mélancolie, le malade mange assez bien, mais il ne dort pas et est incontinent.

Observation XXX. — Le nommé Démitre Georg..., prêtre, âgé de trente-deux ans, entre à l'hospice le 20 mai 1898.

Etat physique. — Le malade est petit de taille, constitution et développement faibles, sans traces de violence. Il présente seulement les traces d'un séton qu'on lui a appliqué à la région cervicale. Comme signes de dégénérescence à noter : une asymétrie faciale. Les oreilles perpendiculaires, les lobules adhérents ; la voûte du palais ogivale; les dents usées, régulières.

Les pupilles sont dilatées, égales, régulières; elles réagissent bien directement et par association à la lumière et à l'accommodation et par réaction sensitive. Il n'y a pas de diplopie monoculaire, pas de nystagmus ni de dyschromatopsie. Le goût et l'olfaction normaux. Quelques légers tremblements de la langue et des doigts. Le signe de Biernacki existe à droite et à gauche à l'état commençant. Le réflexe pharyngien est bien diminué. La contraction idéo-musculaire est conservée; les réflexes des extenseurs, des fléchisseurs et des cubitaux sont augmentés; les réflexes rotuliens surtout bien augmentés; les réflexes plantaires sont diminués, les réflexes crémastériens conservés. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde.

La sensibilité générale au toucher est conservée ; la sensibilité à la douleur un peu diminuée aux bras, sur les parties externes des cuisses et des jambes où le malade ne peut pas localiser les piqûres. A l'esthésiomètre le malade répond à 4 centimètres

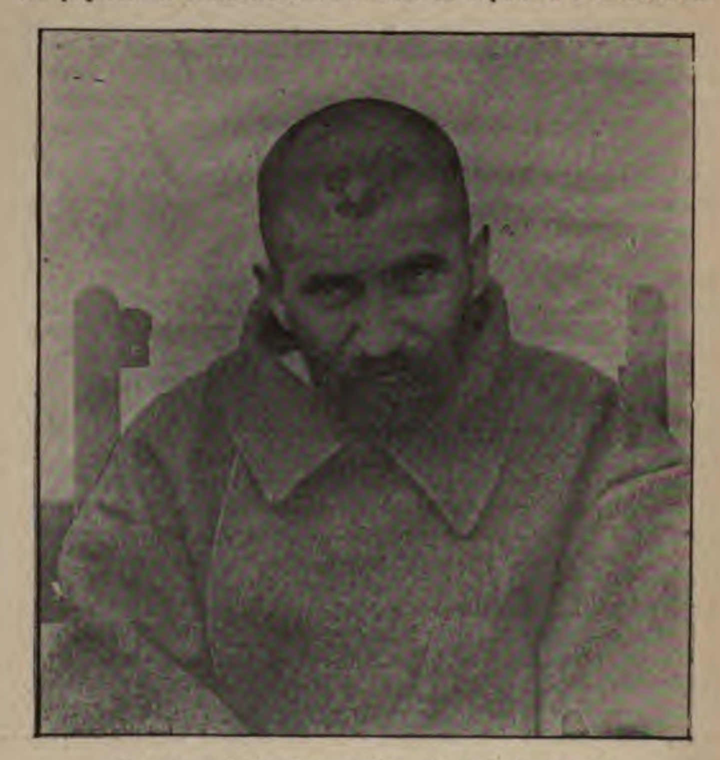


Fig. 12. — Prêtre Georg. Dém... (mélancolie simple).

au tronc et aux membres supérieurs ; à 5 centimètres pour les cuisses et la jambe gauche ; à 8-10 centimètres pour la jambe droite. Il n'y a pas de signes de syphilis. Le foie douloureux à la pression, de même l'épigastre ; il a des pituites matinales et du pyrosis. Les autres organes et viscères n'offrent rien de pathologique.

Etat psychique. — Le malade est convenable, l'attitude est tranquille, il est obéissant ; il répond aux questions, mais il s'arrête parfois au cours de sa narration sans vouloir continuer. Il nous dit qu'il a eu la jaunisse il y a sept ans. Il avoue toutes les querelles de famille à cause de la dot de sa femme et avec ses

frères à cause de l'héritage des parents, chose pour laquelle il croit qu'il fut amené à l'hospice. Il nous déclare encore qu'il s'est querellé à l'église, il y a quatre ans, avec son beau-père pour la dot de sa femme ; depuis lors il sentit son esprit se troubler, qu'il était étourdi, qu'il ne pouvait plus faire son service divin, car il observa qu'il ne pouvait plus avoir une suite et un ordre dans ce qu'il faisait. Il a consulté alors plusieurs médecins : tous lui ont conseillé de s'abstenir des alcooliques ; mais lui, croyant que les médicaments qu'on lui donnait étaient empoisonnés, a continué à prendre des alcooliques.

Après cela il fut transporté au monastère de Tziganesci, où on lui fit des lectures saintes. Étant au monastère il lui sembla que sa mère voulait le vendre aux Juifs ou le tuer, fait qu'il déduisit à cause d'une querelle qu'il observa entre les nondes du monastère ; alors il frappa sa mère avec une chaise à la tête et cela au milieu de l'église. Il a des idées de persécution ; il accuse toute sa famille au sujet de sa fortune, ainsi qu'un de ses voisins auquel il acheta quelques terres ; à cause de ce voisin il évita de se quereller avec sa femme de peur que le voisin ne lui fasse de sorcelleries. Il avoue des abus des boisson alcooliques.

Ramené de nouveau au monastère, il dit que des hommes venaient chez lui avec des couteaux pour le surveiller; il vit alors l'un d'eux faire de l'œil à sa femme et lui demander s'il faut ou non le frapper avec le couteau. Il a des zoopsies. Il voyait régulièrement le diable tous les soirs se mouvoir sur les murs ; il lui semblait alors qu'il s'enfonçait dans la terre et que le diable voulait vendre ses enfants pour leur faire prendre le sang. Il n'a pas d'hallucinations auditives. Il avait et a encore une peur inexplicable.

L'intelligence est conservée ; le raisonnement est défectueux, faux ; il nous dit qu'il a été amené à l'hospice pour qu'on lui prenne l'interrogatoire et la déclaration, car le monde l'accus d'avoir cassé la tête à sa mère.

La mémoire est conservée. L'orientation dans le temps est erronée, il ne se rend pas compte du jour et de la date à laquelle nous sommes. Il se rappelle le nombre de ses enfants. Il a encore deux frères, dont un a été interné dans une maison de santé. Etant à la maison il a commis plusieurs tentatives de suicide : une fois il a voulu se pendre, une autre fois s'empoisonner avec de la créoline. Il avoue l'habitude de la masturbation. Autrement rien de morbide.

Après cette phase qui présenta tous les caractères d'un délire de persécution et qui dura pendant cinq ans, le patient tomba dans un état de dépression, sa figure exprime la tristesse et l'abattement. Le regard est pensif, la tête est penchée ; il répond bien aux questions que nous lui posons, bien que très lentement. Il n'accuse aucune douleur, mais dit qu'il est souffrant, malade et dans cet état de mélancolie depuis six ans.

Il se plaint aussi de souffrir de la constipation, qu'il reste cinq jours, jusqu'à une semaine, sans aller à la selle; que cet état alterne avec de la diarrhée. Autrement il mange bien, et toujours de bon appétit. Il dort bien la nuit et est propre. Ses sentiments sont bien diminués, il n'exprime aucunement le désir de retourner chez lui pour voir sa femme et ses enfants. La mémoire ne paraît pas bien atteinte; il se rappelle encore toutes les péripéties par lesquelles il a passé il y a six à huit ans, pendant sa phase de délire de persécution.

Cette dernière observation est surtout intéressante pour nous montrer une mélancolie qui a fait suite à un délire de persécution chez un alcoolique.

Anatomie pathologique. — Du relevé de 50 autopsies de mélancoliques faites dans ces dix dernières années à notre hospice, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

La psychose mélancolique trouve, comme altération pathologique : une anémie des centres nerveux encéphaliques et peut-être médullaire, plus rarement une congestion que nous avons trouvé pourtant dans quelques cas; un liquide céphalo-rachidien abondant dans les ventricules cérébraux, remplissant les anfractuosités et sillons des circonvolutions, œdème de la pie-mère, de l'arachnoïde et de la substance cérébrale. Cette lésion surtout fréquente est presque caractéristique de la mélancolie avec stupeur. Les veines dilatées, engorgées, les artères rétrécies.

Dans 3 p. 100 environ des cas, nous avons trouvé les lésions confirmées de la paralysie générale; ici la mélancolie n'a été que le tableau clinique extérieur (l'*habitus clinique*) d'une paralysie générale dépressive à début mélancolique.

Comme lésions viscérales dont l'influence sympathique est admise par beaucoup d'auteurs, nous avons trouvé en effet que le foie était atteint et malade dans *presque tous* les cas: soit une congestion marquée; soit une altération, régression granulo-graisseuse ou graisseuse; soit une hypersécrétion biliaire, des calculs biliaires, etc.

Les poumons étaient souvent pris; environ 80 p. 100 des malades ont succombé à la suite de la tuberculose dont on a trouvé les lésions à l'autopsie. Dans un cas nous avons trouvé des ecchymoses scorbutiques, multiples, cutanées, périphériques et viscérales de l'intestin et des séreuses.

RECUEIL DE FAITS.

NOTE SUR UN CAS D'HÉRÉDITÉ RÉGRESSIVE;

PAR LES DOCTEURS

S. GARNIER, ET A. SANTENOISE,

Médecin en chef, directeur de l'Asile de Saint-Ylie. Médecin adjoint de l'Asile de Saint-Ylie.

Un hasard tout à fait exceptionnel nous a permis d'observer récemment un exemple si net de régénérescence, ou comme on dit encore d'hérédité régressive qu'il nous a semblé utile de le publier.

Morel a supposé que la dégénérescence de l'espèce était une déviation maladive d'un type primitif et il a écrit qu'à moins *de circonstances exceptionnelles de régénération*, les produits des êtres dégénérés offraient des types de dégradation progressive, qu'enfin il n'était pas nécessaire que ces types atteignissent le dernier degré de la dégradation pour qu'ils restassent frappés de stérilité.

Dans notre observation, il s'agit d'un cas positif de véritable régénération. En effet, le sujet qui, d'après Morel, aurait dû être stérile ou tout au moins donner naissance à un produit tout à fait taré, a, au contraire, donné le jour à un rejeton mâle tout à fait normal, dont l'existence ne nous a été révélée fortuitement que par sa visite aussi inopinée que tardive à sa mère internée. Sans cette circonstance, nous eussions sans doute continué à penser que cette dernière, puisqu'elle avait été jadis rendue mère, n'avait pu accoucher que d'un enfant idiot, tandis que le rejeton en question est manifestement intelligent et bien constitué. Etant sous-officier en activité de service, il a été en outre soumis au corps à une certaine sélection. Il est bien entendu que nous n'avons aucun renseignement précis sur le géniteur mâle ni sur les conditions dans lesquelles la conception a eu lieu. Tout ce que nous pouvons donner, ce sont les quelques détails qui suivent sur la malade elle-même.

R..... M....., fille-mère, d'âge inconnu à l'entrée, a été admise à l'établissement des aliénés du Jura, le 10 janvier 1878. Elle a été notée comme idiote et en effet, outre les nombreux signes de dégéneresce qui vont être relevés, elle ne possédait alors aucune notion des choses les plus élémentaires et ne pouvait répondre qu'aux questions les plus simples. Au point de vue de la mentalité, elle a constamment présenté depuis, des accès intermittents d'agitation maniaque pendant lesquels on la voit déchirer ses vêtements, pousser des cris. Elle est d'ailleurs grossière, malpropre et incapable, dans les périodes de calme, de toute occupation.

Aujourd'hui âgée de cinquante à cinquante-cinq ans, sa constitution physique offre les stigmates et les particularités ci-après : asymétrie faciale ; prognathisme ; voute palatine en ogive ; dents disparues à l'exception des quatre incisives inférieures ; mains et doigts courts ; ongles larges et courts ; poitrine aplatie latéralement ; saillie des côtes à la jonction de l'os et du cartilage costal ; chapelet rachitique costal ; genu valgum des deux côtés ; genoux gros ; tibias recourbés ; pieds dirigés en dehors ; impossibilité actuelle de marcher autrement que sur les mains et les genoux.

Les quelques mensurations ci-après ont pu être faites.

Hauteur totale	1m,46
Envergure	1 45
Circonférence de la tête	0 50
Demi-circonférence antéro-postérieure (de la protubérance occipitale à la racine du nez)	0 30
Longueur de la main	0 6
— du pouce	0 5
— de l'index	0 7 1/2
— du majeur	0 8

Voici maintenant les deux photographies, de la mère et du fils ; leur comparaison sera par elle-même très démonstrative et très instructive.

Il est bien certain que ce cas indéniable de régénération est dû à des circonstances exceptionnelles, déjà prévues par Morel et parmi lesquelles le facteur mâle a dû jouer le principal rôle, puisque le produit conçu témoigne d'un état qu'on peut considérer comme normal, bien que le facteur femelle ait été, comme on l'a vu, profondément taré. Il s'ensuit donc que la dégénérescence n'est pas fatale et qu'elle se trouve parfois tellement enrayée qu'il peut se faire dans des circonstances très difficiles, il est vrai, à dégager, un retour imprévu et manifeste à un type, sinon primitif, du moins

supérieur. De cette manière la régénérescence du type s'accomplit d'une manière obscure, mais certaine ; ce qui explique comment la dégénération de l'espèce humaine doit être beaucoup plus lente qu'on ne le pense généralement.



Fig. 13.

Au surplus, le fait que nous relatons, donnerait jusqu'à un certain point raison à la théorie de Veissmann. Cet auteur nie, en effet, l'hérédité des caractères acquis et distingue dans l'organisme humain deux parties distinctes : d'une part l'organisme de l'individu lui-même ; d'autre part le plasma

germinatif (spermatozoïdes et ovules). Tandis que le premier serait pour une cause ou pour une autre, atteint de dégénérescence, le second pourrait néanmoins demeurer intact et normal.



Fig. 14

Quoiqu'il en soit de cette théorie et d'autres hypothèses que peut suggérer la constatation de notre cas de régénération. celui-ci n'en apparaît pas moins comme un fait rare et d'autant plus intéressant qu'il constitue précisément une exception bien nette à la loi de Morel, d'après laquelle, la malade que nous avons observée, en raison de son propre

degré de dégénérescence, aurait dû être frappée de stérilité, ou tout au moins, en cas de grossesse, accoucher d'un produit des plus tarés et dont l'existence aurait dû être très limitée.

ORGANISATION DES ASILES.

LES ASILES D'ALIÉNÉS DE FRANCE ET LES ASILES D'ALIÉNÉS D'ANGLETERRE ET D'ÉCOSSE;

Par le D[r] TAGUET.

« Les asiles étrangers s'affirment, sur les nôtres par une écrasante supériorité. — Les médecins étrangers qui, en fait d'assistance, n'ont plus rien à apprendre chez nous, nous saluent, comme on salue une nation qui s'en va. — Ici tout est vieux, par delà l'Océan ou les Vosges, tout est progrès. »

Ces trois phrases résument, assez bien, tout ce qui a été dit et écrit, dans ces dernières années, sur nos services d'aliénés et ont servi de thème pour demander aux pouvoirs publics une refonte complète de notre législation.

Justement ému par un état de choses qui menaçait le bon renom de nos institutions d'assistance, le Conseil général de la Seine, dans sa session de novembre 1897, nommait une commission chargée d'étudier l'assistance des aliénés en Angleterre et en Écosse. Son rapport vient d'être déposé. Eh bien ! qu'on se rassure, il se passera encore bien des années, avant que nous soyons tributaires de l'étranger, ainsi qu'on va en juger.

Mais, tout d'abord, qu'il nous soit permis de rendre l'hommage le plus mérité à la droiture, à la sincérité du rapporteur, M. le D[r] Toulouse, il a eu d'autant plus de mérite à mettre les choses au point, qu'il s'était fait, un peu inconsciemment peut-être, le champion d'un état de choses qu'il ne connaissait que très imparfaitement. Son rapport sera une véritable déception pour les réformateurs qui prennent leurs inspirations à l'étranger. Encore une mission et notre confrère de Villejuif et ses amis passeront dans le camp des vieux bonzes (*les vieux bonzes ce sont MM. Christian, Ritti, Doutrebente et moi qui avons le mauvais goût de ne pas partager complètement les idées de M. Marandon de Montyel*) où

ils apporteront leurs jeunes et ardentes aspirations, nous les suivrons avec l'expérience que donne l'âge, et l'habitude des hommes et des choses.

En France, les placements d'office, les seuls dont nous aurons à nous préoccuper dans cette analyse, sont ordonnés, à Paris, par le préfet de police, et dans les départements par les préfets sur la production d'un certificat médical dûment motivé. Les ordres des préfets doivent énoncer, en outre, les circonstances qui les auront rendus nécessaires.

En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin, ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les départements, peuvent ordonner à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

« En Angleterre, lorsqu'un officier de charité apprend qu'une personne indigente ou non indigente, considérée comme aliénée est négligée ou maltraitée par ceux qui l'ont en garde, il doit en informer l'autorité judiciaire qui examine ou fait examiner le malade par deux médecins... Les aliénés indigents non maltraités sont placés d'une manière analogue. Lorsque le médecin des pauvres a connaissance qu'un indigent résidant dans son district est ou paraît être aliéné, il en donne avis au commissaire des pauvres ou, à son défaut, à l'inspecteur de la paroisse. Celui-ci en informe le juge qui, en recevant cet avis, mande la personne aliénée devant lui ou devant un autre juge. Ce dernier examine le malade où il veut et le fait visiter par un médecin ; après telles enquêtes qui lui paraîtront convenables, s'il est convaincu de la folie de l'individu et de la nécessité de l'interner, il délivre un ordre de placement. »

Il peut arriver que les malades soient interrogés par le juge en audience publique, mais c'est exceptionnel, ajoute M. le Dr Toulouse : Je le crois sans peine ; outre que cette comparution en justice est anti-médicale, elle peut, suivant certaines circonstances être immorale au dernier degré. Et dire que cette disposition de la loi anglaise figure, sans aucune restriction, dans le projet de révision de la loi du 30 juin 1838 présenté par MM. Magnien et Gambetta à une époque, il est vrai, où la loi scélérate était, du matin au soir, sur la sellette !

Un ordre d'internement peut encore être signé par des *commissionners* au nombre d'au moins deux, si après avoir soumis à l'examen médical un indigent supposé aliéné, ils sont convaincus que la personne est réellement aliénée. Prise ainsi entre deux pouvoirs, civil et judiciaire, la liberté individuelle ne court pas grand risque ; mais n'est-il pas étrange que la loi enlève toute responsabilité, même morale, aux médecins qui ne sont consultés

qu'à titre d'experts! Ne peut-on pas se demander, en outre, si la lenteur apportée dans le placement, par suite de formalités aussi nombreuses que variées, est sans danger pour le malade et pour la société, et l'on sait que la folie n'attend pas.

Maintien. — Enfin, voilà l'aliéné interné ; il s'écoulera un mois avant que le médecin ne soit appelé à constater officiellement son état mental ; mais par contre, l'autorité administrative aura exercé son contrôle de toutes les manières, sans compter que la loi anglaise édicte à la fois son traitement et le régime auquel il est soumis, c'est ainsi qu'elle défend l'application des moyens mécaniques sans nécessité « et dans ce cas le médecin doit motiver l'emploi de ces procédés sur un registre spécial. Tous les trois mois une copie de ce registre est envoyée aux commissionners. Toute infraction à cette obligation constitue un délit ».

Décidément, on se fait en Angleterre, une étrange idée des médecins pour qu'il soit nécessaire de les contraindre, je ne dirai pas à faire leurs devoirs, mais encore aux convenances, au respect qu'ils se doivent à eux-mêmes. M. le Dr Toulouse trouve cette disposition de la loi très juste et il nous apprend qu'en France, dans certains asiles non laïcisés de province, on fait de véritables abus de la camisole de force. C'est possible, mais ce n'est certes pas la faute du règlement du 20 mars 1857. « Le droit d'ordonner l'emploi des moyens de contrainte, dit l'article 105, appartient exclusiment au médecin en chef. Si dans un intérêt de sûreté, les infirmiers ou les infirmières se trouvent forcés de recourir d'urgence à l'emploi d'un de ces moyens, ils doivent en rendre compte immédiatement au surveillant ou à la surveillante en chef qui sont tenus d'en informer dans le plus bref délai possible le médecin en chef. » Le rapport journalier qui est remis, chaque matin, au médecin et au directeur, relate fidèlement le nombre et la nature des moyens mécaniques employés et les diverses circonstances qui les ont motivé.

Comme moyens de traitement, la loi anglaise préconise : 1° le travail dans les ateliers ou dans les champs. Si le rendement, là-bas, est bien supérieur à celui que nous obtenons dans nos asiles de la Seine, bien que le travail y soit absolument gratuit, alors que chez nous il reçoit une rétribution qui varie de 10 à 30 centimes par jour, cela tient à des circonstances que nous avons fait connaître ailleurs et dont le remède est tout entier dans cette proposition : subordination dans une mesure à déterminer des chefs d'atelier au service médical ; 2° les promenades régulières et journalières dans les jardins auxquelles prennent part tous les malades, sauf les infirmes et les malades agités ; alors que, chez nous, ces promenades n'ont lieu que deux fois par semaine. Je reconnais que ces promenades peuvent constituer un puissant moyen de traitement et faire très agréablement diversion à l'exis-

tence monotone de nos préaux qui n'ont guère que le quart de l'étendue qu'ils devraient avoir ; 3° les jeux de toutes sortes, les bals, les concerts, les pique-niques, des visites dans les foires. Autant je suis partisan des promenades, des jeux et, à la rigueur, des concerts, des représentations théâtrales, bien qu'elles n'aient pas donné en France les résultats qu'on pouvait en attendre, autant je suis l'ennemi déclaré des exhibitions des malades dans les foires, dans les assemblées publiques. Par contre, la loi anglaise qui, cependant, a tout prévu, est muette sur le traitement médical proprement dit, cela nous explique comment il se fait que le traitement hydrothérapique et pharmaceutique soit presque inconnu, dans les asiles d'Outre-Manche. On sait qu'à force de vouloir tout réglementer, on arrive à paralyser toute initiative et tout progrès.

Une heureuse disposition de la loi anglaise qui n'existe pas chez nous, nous dit M. le Dr Toulouse, est celle qui accorde au malade la liberté d'écrire à qui bon lui semble, « quiconque s'oppose à cette prescription légale est passible d'une amende que n'excède pas 500 francs ». Toujours pratiques ces bons Anglais ! La loi française se borne, en effet, à déclarer que l'on ne pourra retenir les lettres adressées à l'autorité judiciaire ou administrative. Mais s'en suit-il qu'ils ne puissent librement écrire à leurs parents, à leurs amis, et si ces lettres ne partent pas toutes, cela tient à des questions de convenance, ou de secret médical. Quant à répondre, comme cela existe en Angleterre, à toute personne qui, par un sentiment de curiosité, s'imniscie à des affaires qui ne la regardent pas, c'est une autre affaire.

Les commissionners, au nombre de onze pour toute l'Angleterre, sont tenus de visiter les asiles au moins une fois par an, et comme le chiffre des administrés atteint près de cent mille, on voit à quoi peut se borner leur contrôle. En France, le préfet ou son délégué, le président du tribunal et le procureur de la République du ressort dans lequel est placé l'asile, le maire de la commune, peuvent pénétrer, à chaque heure du jour et de la nuit dans nos asiles, sans parler des inspections spéciales relevant du ministère de l'Intérieur. Ces visites, ces inspections, ne se font pas, dira-t-on, d'une manière régulière, mais est-ce la faute de la loi si on ne s'applique pas ? mais l'autorité administrative, de qui relèvent les aliénés en France, n'est pas moins mise au courant de l'état du malade par les certificats médicaux de vingt-quatre heures et de quinzaine, par les notes mensuelles, par les rapports individuels et, dans les asiles de la Seine, par une visite spéciale d'un médecin inspecteur de la préfecture de police. Si avec ce surcroît de formalités, de précautions, il existe dans nos asiles je ne dirai pas des personnes séquestrées indûment, mais des oubliées, c'est qu'on y aura mis de la complaisance et de la ténacité.

En France, un aliéné amélioré ou non, est toujours autorisé à faire des promenades extérieures, s'il est accompagné d'un infirmier, ou confié à un parent, à un ami. A l'asile de Vaucluse, les malades qui sont autorisés à sortir dans ces conditions atteignent, dans mon service, un chiffre très respectable.

En Angleterre, les aliénés peuvent également sortir de l'asile mais sous certaines réserves. « Si des personnes résidant dans le voisinage de l'asile se plaignent que les malades sortent sans un nombre suffisant de gardiens, ou errent sans surveillance, les *commissionners* peuvent faire une enquête et édicter telles prescriptions que le directeur ne peut enfreindre sans se rendre coupable. Cette disposition légale a été votée dans un amendement postérieur à la loi et semble dirigée contre la pratique de l'open-door qui n'est pas très en faveur en Angleterre ». On nous avait pourtant dit que l'open-door y fleurissait dans toute sa beauté !

Sorties. — Les congés d'essai, en Angleterre, sont de deux sortes : ceux qui n'excèdent pas quarante-huit heures sont accordés par le médecin ; ceux qui ont une durée illimitée ne peuvent l'être que par deux visiteurs, ou par un commissionner, sur l'avis du médecin. Un parent, un ami, peuvent toujours provoquer les sorties à titre d'essai d'un aliéné, sous la réserve de lui assurer tous les avantages moraux et physiques qu'il peut trouver dans l'asile ; par contre ils reçoivent une allocation journalière. Sous ce rapport la législation anglaise est bien supérieure à la nôtre ; en France, en effet, les sorties à titre d'essai, n'ont pas force de loi, elles sont simplement tolérées et encore ne le sont-elles pas partout. Contrairement à ce qui se passe en Angleterre, ces sorties ne sont soumises à aucune formalité, si ce n'est à un engagement moral. Le malade est maintenu sur les contrôles de l'asile qui continue, ainsi, à percevoir ses frais d'entretien, du moins dans les asiles de la Seine, de telle sorte que tout est bénéfice pour eux ; il y a là une réglementation qui s'impose.

En France, toute personne placée dans un asile d'aliénés cesse d'être retenue aussitôt que le médecin déclare que le malade est guéri, ou qu'il peut vivre au dehors sans danger pour lui-même ou pour les autres, d'où deux sortes de sorties : sorties par guérison, sorties par amélioration.

En Angleterre, les sorties sont faites à la diligence des fonctionnaires, visiteurs ou commissionners, qui ont fait le placement. Ici, le médecin traitant n'est consulté qu'à titre d'expert, il peut faire opposition à la sortie, mais c'est une opposition purement platonique, du moment qu'on peut passer outre. En France, les tribunaux ont le même pouvoir, et s'ils en usent rarement c'est que chat échaudé craint l'eau chaude, tout comme en Angleterre probablement.

Service médical. — A la tête de chaque asile, il y a un Supérin-

tendant ou directeur-médecin, nommé par le Comité dont il n'est que le délégué. Dans une communication au Congrès aliéniste d'Angers du mois d'août dernier, M. le Dr Brunet nous apprend qu'il n'a jamais consacré plus d'un quart d'heure par jour à ses fonctions administratives durant ses trente-quatre années de direction médico-administrative. Qu'on ne croie pas que c'est là une simple boutade. On se fait dans le monde une étrange idée des fonctions d'un directeur administratif. Je n'oublierai jamais la déconvenue du Dr Deschamps, conseiller général de la Seine, en visite dans les asiles du nord, à la recherche d'arguments pouvant justifier, en apparence du moins, la séparation des fonctions médico-administratives dont il s'était fait le champion. Comme toutes les personnes étrangères à la vie d'asile, il avait cherché le directeur et n'avait trouvé que le médecin, suivant l'expression si juste de Falret, et il avait le bon esprit de le dire.

Ici encore, les partisans, ou pour parler plus justement les demi-partisans de la séparation des fonctions, car ce n'est plus qu'une affaire de degrés, n'ont pas manqué d'invoquer ce qui se passait à l'étranger. Eh bien ! que l'on compare la besogne écrasante du directeur-médecin anglais avec celle du directeur-médecin de nos asiles et personne, cependant, ne parle, là-bas, de la séparation médico-administrative. Il a, nous dit M. le Dr Toulouse une série d'obligations administratives dont voici les principales :

Dans le journal médical il mentionne chaque jour tous les faits importants à signaler au Comité et souvent ce rapport au sous-comité à chaque réunion. Il tient ou fait tenir sous sa responsabilité, le livre d'observations. Il tient personnellement le livre des restreints où il mentionne les noms de tous les malades qui ont été isolés ou attachés, et explique les motifs de ces mesures.

Il prépare et signe un certificat médical de tout nouvel entrant, il signale au Comité tous les cas de malades reçus à l'asile en état de restreint mécanique, s'ils présentent des blessures, etc... Il fait tous les six mois un relevé de l'état physique et mental des indigents et chaque année un rapport détaillé qui correspond à notre compte moral médical et administratif.

Il inspecte personnellement les quartiers, soit le soir, soit la nuit. Il désigne seul les malades qni peuvent assister aux exercices religieux, il les y accompagne ou s'y fait représenter. Il désigne ou il fait soigner le personnel, appelle un chirurgien dans les cas où il le juge nécessaire. Il fait une enquête touchant le caractère de tous les candidats à un emploi d'infirmier. Il surveille la situation financière et économique de l'asile, etc., etc...

La population des asiles publics varie de 2 000 à 2 500, et veut-on savoir quels sont les collaborateurs du superintendant ? Six ou huit médecins assistants suivant les asiles. Tout le passage qui les concerne est à citer, c'est une réponse aux partisans des petits

services, 300 au plus, dit M. Marandon de Montyel, 100, dit M. Le Filliatre, toujours à l'instar de ce qui passe à l'étranger.

« Placés sous l'autorité du superintendant, ils dépendent aussi individuellement du Comité des visiteurs de chaque asile. Ils représentent à la fois nos internes et nos médecins-adjoints. Ils doivent être, à l'exception du premier assistant, célibataires ; c'est le premier assistant qui remplace le superintendant absent. Ils se rendent dans leurs sections respectives au moins une fois par jour et durant la nuit, suivant les circonstances. En l'absence du superintendant, ou s'il est présent, avec son autorisation, ils font des visites dans les quartiers à des heures variables. Ils ne peuvent, sans l'autorisation du superintendant faire aucune modification à l'égard des gardiens. Ils doivent, pour le traitement des malades, suivre les instructions qui leur sont données par le superintendant... »

..... « Les assistants ont un rôle plus actif que nos médecins-adjoints, mais ils n'ont guère plus d'initiative et sont astreints a une discipline à laquelle on ne pourrait en France soumettre des internes. »

M. Marandon de Montyel qui appelle dédaigneusement nos médecins-adjoints des porte-queue, trouvera-t-il une expression qui rende sa pensée en parlant des médecins assistants anglais ?

La moyenne des services, dans les conditions que nous venons de rappeler, est de 340 malades et, cependant, les guérisons y sont sensiblement inférieures à celles de nos asiles de la Seine qu'on nous représente comme des fabriques d'incurables, dont nous sommes les chefs inconscients ; c'est là, il est vrai notre justification. Mais avec les petits services les guérisons augmenteront dans des proportions considérables, c'est du moins ce que nous promet notre collègue de Ville-Evrard, mais il faudrait commencer par débarrasser les services des idiots, des déments, des paralytiques généraux qui constituent les 9/10e de la population de nos asiles. Est-ce qu'on a la prétention de guérir ces malades ? Cela peut se dire dans un journal politique, mais on ne l'écrit pas dans un recueil scientifique. Les statistiques ont parfois quelque chose de bon, que M. Marandon se donne donc la peine de les consulter et de comparer les sorties des grands services avec les petits, toute proportion gardée ; que ne consulte-t-il les siennes.

Nous n'aurions pas relevé toutes ces contradictions et toutes ces erreurs si elles n'avaient eu pour résultat de jeter le doute dans l'esprit des assemblées délibérantes. La conséquence de cette campagne, dont notre collègue de Ville-Evrard s'est fait le porte-drapeau, a eu pour premier résultat d'amener récemment la séparation des fonctions médico-administratives dans deux asiles d'aliénés, à Grenoble et à Rennes. Mais à côté de cela, constatons que les médecins-adjoints qu'on avait convié à un assaut de l'unité

des services tels qu'ils existent, n'ont pas suivi ; on s'est trouvé en face d'un état-major sans soldats.

Asiles écossais. — Les formalités de séquestration sont les mêmes, qu'il s'agisse d'un malade à placer dans un asile privé ou dans un asile public ; c'est en cela, surtout, que la législation écossaise se distingue des législations anglaise et française ; mais tout compte fait, elle se rapporte encore beaucoup plus à la notre en ce qui concerne les placements d'office, les seuls, nous le répétons, dont nous nous occupons dans cette analyse.

« En cas d'urgence, le malade peut être reçu à l asile d'emblée, sur la production d'un certificat médical, sauf régularisation par une ordonnance du shérif dans un délai de trois jours. C'est là un placement provisoire ». C'est, à quelque chose près, la reproduction de l'art. 19 de la loi du 30 juin 1838. Dans les autres cas, tout placement est soumis à une ordonnance du shérif, sur la production d'une demande ou pétition du Board et sur le vu de deux certificats médicaux établis par deux médecins différents, qui ne jouent ici, tout comme en Angleterre, que le rôle de simples experts. Disons, en passant, que l'utilité de ce double certificat a paru si contestable qu'il ne figure plus dans le projet de révision de la loi sur les aliénés, dont il avait été, tout d'abord, un des principaux éléments. Pas plus qu'en France, le représentant de la loi ne fait d'examen personnel.

Guéri, ou simplement amélioré, le malade peut quitter l'asile sur le simple avis du médecin, lorsqu'il s'agit d'un malade placé dans un asile privé. S'il s'agit d'un indigent ou d'un malade réputé dangereux, la sortie, dans le premier cas, ne peut être autorisée que par le Conseil de la paroisse ; dans le second, par le bureau des aliénés ou par procureur fiscal, suivant la situation pécuniaire des malades.

Les congés ou les sorties à titre d'essai, sont accordés dans les mêmes conditions qu'en Angleterre, leur durée varie d'un mois à un an. Leur nombre n'est pas très élevé : 138 pour une population de 6.500 malades. Mais il y a lieu de remarquer que les placements dans les familles tendent à diminuer considérablement le nombre des congés. C'est surtout en Écosse, et peut-être exclusivement, que se pratique le système de l'*open-door* qui dans ces derniers mois a été l'objet de discussions aussi violentes que peu courtoises à la *Société médico-psychologique*.

« On entend par par ces mots, dit le Dr Toulouse, un mode d'assistance qui laisse un certain nombre libres, sur parole, de circuler dans ou hors des asiles, dont les portes sont ouvertes ».

M. le Dr Toulouse a étudié l'*open-door* dans les trois principaux asiles d'Écosse, et comme rien n'est brutal comme un chiffre, nous allons donner le nombre des malades des deux sexes qui jouissent de ce mode de traitement, en dedans et en dehors des asiles. Mais

constatons, tout d'abord, que, seuls, profitent de cette liberté, les déments travailleurs, certains aliénés lucides et quelques convalescents, surtout des convalescents alcooliques, après une sélection des plus rigoureuses et, constamment, sous la menace d'en être privé à la moindre infraction.

« Il ne faudrait pas croire, dit Foville, que les malades sont libres de circuler ainsi et qu'ils soient livrés à eux-mêmes sans ordre et sans discipline. Loin de là, nulle part l'ordre ne parait plus réel ; seulement les obstacles matériels ostensibles sont remplacés par la précision dans l'emploi du temps et dans l'enchaînement des occupations, et surtout par la vigilance qui doit diriger les aliénés dans tous les détails de leur existence journalière. »

Lors de la visite de la sous-commission du Conseil général, il y avait à l'asile de Murthley un tiers des malades hommes libres, sur parole, dans l'intérieur de l'asile ou de ses dépendances, et un huitième seulement pour les femmes, pour une population à peu près égale.

A l'asile Larbert, les proportions sont plus faibles pour les hommes et plus élévées pour les femmes. A l'asile de Morningside, la population libre est d'un quart pour les hommes et d'un dixième pour les femmes.

Les malades qui ont la liberté de sortir hors de l'asile après les heures de travail pour lequel, nous l'avons dit, ils ne reçoivent aucune rétribution, se répartissent de la manière suivante : Larbert, 47 hommes et 4 femmes sur une population de 500 malades ; à Morningside, 20, et à Murthley, 4 ou 5 sur 160. C'est à quelque chose près la proportion de malades absolument libres qu'on trouve dans certains asiles de province, qui font de l'open-door sans le savoir ; mais avec cette différence que leur entrée est constatée par le concierge, alors que ce fonctionnaire, dont le professeur Lasègue faisait malicieusement l'âme de nos asiles, manque absolument dans certains asiles écossais.

Que nous voilà loin de l'*open-door* préconisé et mis en pratique — idéalement — par M. Marandon de Montyel, ce qui ne l'empêche pas d'écrire : « L'*open-door* est si peu pratiqué que je l'applique en entier dans mon service depuis dix ans et que non seulement je n'ai pas eu de son fait le plus petit malheur à déplorer, Ville-Evrard est l'asile de la Seine qui, durant ces dix dernières années a eu le moins d'accidents, compte le plus grand nombre de travailleurs et a réalisé les plus gros bénéfices ». M. Josse parle d'or, on voit qu'il est orfèvre, mais à cela il faudrait des faits.

Tout ce qui est pratiqué dans l'*open-door* est ancien et tout ce qui est nouveau n'est plus pratique, a dit le Dr Brunet. Essayez donc, par exemple, de laisser circuler librement dans nos asiles comme cela existe en Écosse, les hommes et les femmes, alors même qu'ils prendraient l'engagement solennel ne ne pas se parler,

et vous verrez le joli cri d'indignation que vous soulèverez dans le public, sans parler d'autres choses.

Par sa disposition, par son affectation à un seul sexe, le 5ᵉ asile se prêtera on ne peut mieux au système de l'*open-door*, de l'*open-door* appliqué à une plus grande catégorie de malades, par suite de dispositions des locaux.

Les conclusions de M. le Dʳ Toulouse jurent un peu avec ses prémisses et je ne saisis pas bien en quoi la liberté individuelle est plus garantie en Angleterre et en Écosse que chez nous en ce qui concerne les indigents, par exemple. Quant aux malades placés dans les asiles privés, je me demande si cet appel orbi et urbi est bien nécessaire et serait bien accueilli en France, mais je reconnais volontiers que de ce côté il y a quelque chose à faire.

L'enseignement des maladies mentales est plus avancé en Écosse que chez nous, mais il est presque nul en Angleterre, il y a compensation, mais nous avons, sur les deux, l'avantage en ce qui concerne le traitement pharmaceutique et hydrothérapique.

A l'institution des *visiteurs*, des *commissionners*, n'avons-nous pas à opposer nos commissions de surveillance qui tendent de plus en plus, et avec raison à être des commissions administratives, et nos inspecteurs généraux. Si le contrôle s'exerce à l'étranger d'une manière plus utile que chez nous, il ne faut pas s'en prendre à nos règlements.

M. le Dʳ Toulouse demande pour le département de la Seine une organisation spéciale, la centralisation de tous les services d'assistance, aliénés, enfants assistés, vieillards et infirmes, placés dans les maisons de retraite, entre les mains d'un directeur général, comme cela existe pour les services relevant de l'assistance publique. Mais quelle nécessité d'une double direction ? une seule ne suffirait-elle pas du moment qu'on désire une centralisation complète ? Le système préconisé par M. le Dʳ Toulouse et celui que j'indique, ont été pris et abandonnés tour à tour ; y reviendra-t-on, il ne faut répondre de rien, car les services d'aliénés offrent cette particularité très remarquable qu'on ne s'aperçoit jamais de la disparition de rouages jugés momentanément nécessaires. Qui se souvient, en effet, de l'inspecteur général spécial aux asiles de la Seine ? Sait-on seulement qu'il existe, près le Ministre de l'Intérieur, des inspecteurs généraux d'assistance ? La loi du 30 juin 1838 place les aliénés sous la dépendance du Ministre de l'Intérieur ; la nouvelle loi soumise aux Chambres, les fait relever du Ministère de la justice, voilà ce qui s'appelle une refonte de la législation dont on ne voit pas très bien les avantages.

La création des colonies familiales, l'assistance familiale, la création d'hospices incurables, sont là des questions trop complexes pour être étudiées ici, mais nous y reviendrons dans un article spécial.

Tout est bien qui finit bien, et, tout compte fait, M. le Dr Toulouse n'a pas eu de peine à établir que nos asiles de la Seine peuvent souffrir la comparaison avec les asiles anglo-écossais qui ne sont, sans beaucoup de rapports, que des « établissements industriels » que le personnel médical y est mieux organisé, que nos gardiens sont plus stables et ont une instruction spéciale supérieure à celles de leurs collègues étrangers, que nos malades sont anssi bien traités et mieux nourris.

Est-te à dire que nous n'ayons rien à apprendre à l'étranger? Non; mais il semble que ce sont plutôt les architectes que les médecins ou les malades. Est-ce à dire encore que notre législation ne soit susceptible d'aucun progrès, d'aucune réforme? nous ne le pensons pas. Quoi qu'il en soit, l'assistance des aliénés est devant les Chambres et devant une Commission nommée par le Conseil général de la Seine, où chaque médecin est appelé à exposer nettement et loyalement ses idées et ses aspirations. Cette Commission, dont les travaux sont déjà commencés, apportera, j'en suis persuadé, des réformes aussi utiles que stables, mais ne ferait-elle qu'étendre et sanctionner légalement certaines mesures que ce serait déjà quelque chose.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. **Sur les altérations des cellules nerveuses, de la cellule pyramidale en particulier, dans la paralysie générale**; par le Dr ANGLADE.

La méthode de Golgi, précieuse pour les recherches d'anatomie normale, ne paraît pas apte à fournir des renseignements précis sur les altérations pathologiques des éléments qu'elle imprègne. Les résultats fournis par la méthode de Nissl, appliqués à la paralysie générale, donnent des indications dignes d'intérêt.

Dans un cas de paralysie générale à marche rapide, les préparations faites par l'auteur, de l'écorce grise de la circonvolution frontale ascendante et de la partie antérieure du lobe frontal du cerveau gauche ont montré que pas une des cellules nerveuses n'avait conservé ses caractères normaux.

La substance chromatique est la première atteinte. Dans la plu-

part des éléments, elle a perdu ses caractères : granulations et striations spéciales. La substance achromatique, plus difficile à étudier, paraît représentée par les fines travées qui se voient dans l'intérieur des cellules dont les granulations chromatophiles ont disparu.

La destruction de ces travées s'annonce par la formation de vacuoles, au pourtour de la cellule, vacuoles qui s'agrandissent peu à peu, jusqu'à ce que la destruction de la substance soit complète. Le noyau, qui reste le plus souvent dans le corps cellulaire, se comporte de deux façons différentes.

Tantôt atteint par la chromatolyse centrale, il est détruit sur place, fondu tout comme les granulations. Son espace clair est comblé par la substance chromatique dissoute; le nucléole se vacuolise très nettement et disparaît. Tantôt, au contraire, le noyau quitte le centre de la cellule, vient s'adosser contre la paroi où il prend des formes très irrégulières. Ainsi comprimé et ratatiné, il attend la fin de l'œuvre de destruction qui s'accomplit dans l'intérieur du corps cellulaire.

L'enveloppe de la cellule est parfois rompue. Elle a visiblement éclaté sous l'influence d'une tension considérable. Les contours sont toujours irréguliers. Les prolongements sont comme brisés, ou bien tortueux. Le prolongement protoplasmique principal est augmenté de volume.

En somme, il semble que, sous l'influence d'un agent nocif quelconque, la cellule voit disparaître successivement sa substance chromatique et sa trame achromatique. Lorsque celle-ci est détruite, le corps cellulaire ne garde plus sa forme; le noyau ne peut se maintenir à sa place. La cellule est frappée à mort, si le noyau disparaît complètement. Elle se régénère peut-être si celui-ci garde son intégrité. (*Annales médico-psychologiques*, **août** 1898.) E. B.

II. **Modifications des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale dans un cas de délire aigu et dans un cas de delirium tremens**; par le Dr A. Hoch.

Les maladies somatiques peuvent produire des modifications dans la structure des cellules nerveuses; aussi une autopsie complète est-elle nécessaire pour interpréter les lésions rencontrées dans ces cellules. Dans les deux cas qui font l'objet de ce travail, l'autopsie complète démontra l'absence d'aucune autre maladie, d'aucune autre lésion organique en sorte que les altérations cellulaires constatées paraissent nettement se rattacher au processus pathologique ayant donné naissance à la psychose. Dans le cas de délire aigu se rencontre, dans les cellules nerveuses de l'écorce, une

altération presque uniforme consistant essentiellement dans la disparition de la substance chromatique de la cellule.

Le corps cellulaire et ses prolongements présentent une couleur générale uniforme; le noyau est diminué, de forme ovale ou triangulaire, homogène, de couleur sombre; la membrane nucléaire est invisible. Le nucléole est fréquemment élargi.

Ces altérations se présentent dans beaucoup de cellules de différentes parties de l'écorce. Toutefois dans les petites cellules pyramidales l'aspect est un peu différent : le corps cellulaire a l'aspect d'un réseau, d'un gâteau de miel, aspect que présentent aussi, en partie, les prolongements.

Dans le cas de delirium tremens, les altérations cellulaires sont les suivantes : le corps cellulaire est souvent en forme de massue; sa substance chromatique a disparu : sous l'influence de la coloration il ne paraît ni homogène, ni granuleux, mais finement et indistinctement tacheté. Le noyau est soit élargi, soit de dimensions normales; il présente de nombreuses granulations brillantes et la membrane nucléaire est plus apparente qu'à l'état normal; le nucléole n'est pas élargi. Est-ce à dire que les altérations cellulaires constatées dans le délire aigu et le delirium tremens soient caractéristiques de ces deux affections? Nullement puisque ces altérations se retrouvent dans d'autres maladies somatiques. Ce qu'on peut dire, d'une façon générale, c'est que les symptômes qu'elles déterminent sont la somnolence et le coma.

Il paraît probable que ces modes d'altération des cellules nerveuses sont dus à une intoxication, sans qu'on puisse dire si cette intoxication fait partie du processus de l'affection ou si elle est secondairement amenée par lui. (*American Journal of insanity*, avril 1898.) E. B.

III. De l'excrétion de l'urée et de l'acide urique dans la mélancolie ; par le Dr Melville-Hibbard.

Depuis cinq années l'auteur a poursuivi ses recherches sur l'excrétion de l'urée et de l'acide urique dans la mélancolie.

Les conclusions sont les suivantes :

1° La quantité de l'urine sécrétée et des matériaux solides qu'elle contient est généralement diminuée dans la mélancolie : elle augmente quand survient l'amélioration de la maladie; 2° sa densité est normale; 3° l'urée et l'acide urique sont en plus faible proportion qu'à l'état normal; 4° la diminution des excrétions nitrogènes est due, dans la plupart des cas, à une diminution dans l'ingestion des substances protéiques; 5° le rapport de l'acide urique à l'urée n'est pas en relation constante avec l'état mental (*American Journal of insanity*, avril 1898.) E. B.

IV. **Nouvelle méthode de classification et d'arrangement en tableaux des cas de folie**; par le Dr Phelps.

- *A*. Cas tenant à un processus rétrograde
  - dû à la sénilité
    - sans complications.
    - avec complications
      - paralysie agitante.
      - chorée des adultes.
      - apoplexie.
      - autres maladies cérébrales organiques.
  - dû à une cause spécifique
    - paralysie générale.
    - alcoolisme chronique.
    - démence syphilitique.
- *B*. Cas tenant à une défectuosité initiale ou précoce.
  - vice congénital ou de la première enfance
    - idiots
    - imbéciles
      - débilité mentale.
      - perversion sexuelle.
      - criminels.
      - autres perversions.
  - troubles survenus au cours du développement mental
    - folie de la puberté.
    - épilepsie.
    - paranoïa.
- *C*. Cas chroniques avant l'admission.
  - manie chronique.
  - mélancolie chronique.
  - démence terminale.
- *D*. Formes aiguës et curables (manies et mélancolies).
  - excitation légère.
  - excitation moyenne (manie aiguë ordinaire).
  - excitation extrême (délire aigu).
  - manie alcoolique.
  - dépression légère.
  - dépression moyenne.
  - dépression extrême.

(*American Journal of insanity*, avril 1898.) E. B.

V. Méthodes actuelles de préparation du système nerveux ; par le Dr J. Berkley.

Les méthodes de coloration pour l'examen du tissu nerveux dans sa structure la plus délicate, ont fait, au cours de ces dernières années, l'objet de nombreuses recherches. L'auteur donne une revue détaillée et intéressante qui pourrait servir d'introduction à un traité d'anatomie du système nerveux. Après avoir indiqué les divers procédés de conservation et de durcissement du cerveau ou du tissu nerveux, d'examen des tissus frais, d'inclusion pour les coupes, de fixation, il étudie par le détail chacune des méthodes de coloration employées, jusqu'aux plus récentes. C'est ainsi que sont décrites les méthodes de simple coloration par l'hématoxyline, le carmin, le picro-carminate, les couleurs d'aniline ; puis les méthodes spéciales : méthode de Nissl, de Rossolimo, de Rehm, d'Ehrlich ; les méthodes do coloration des gaines de myéline des fibres nerveuses, méthodes de Weigert, de Pal, de Vassale, de Marchi ; les méthodes aux sels de chrome et d'argent, méthode de Golgi, de Cajal, de Cox ; les imprégnations aux sels d'or, méthodes de Ranvier, de Golgi, d'Upson ; enfin les méthodes de coloration des terminaisons nerveuses et des vaisseaux sanguins. (*American journal of insanity.*) E. B.

VI. Rapport préliminaire sur l'examen bactériologique de l'écorce et du liquide cérébro-spinal dans quarante-sept cas de folie ; par le Dr Tomlinson.

En 1896, le Dr Babcock, dans un cas de délire aigu, trouva des streptocoques et des pneumocoques dans le liquide cérébro-spinal, ce qui l'amena à attribuer les conditions inflammatoires du cerveau à la présence de ces bactéries comme cause spécifique. Les recherches cliniques de l'auteur et ses études microscopiques sur les modifications de l'écorce dans la folie aiguë, en relation avec les conditions pathologiques des viscères thoraciques et abdominaux, l'ont conduit à une opinion différente, à savoir que la présence de micro-organismes dans le liquide cérébro-spinal et l'écorce implique leur préexistence dans quelque autre partie de l'organisme, et leur existence au cours d'un trouble mental aigu n'a avec ce trouble mental qu'un rapport d'association, et non de causalité.

Les recherches bactériologiques pour le liquide cérébro-spinal et l'écorce ont porté sur 2 cas de délire aigu, 1 cas de stupeur aiguë, 4 cas de paralysie générale, 6 cas de folie sénile et 34 cas de démence terminale. Dans un des cas de délire aigu on trouva des streptocoques ; dans l'autre cas de délire aigu et dans la stupeur aiguë, il y avait des colibacilles. Dans aucun des quatre cas de paralysie générale ne se trouvait le même micro-organisme.

Dans deux des cas de folie sénile, le liquide cérébro-spinal était stérile ; dans deux autres se trouvaient des pneumocoques et dans les deux derniers des bàcilles pyocyaniques. Parmi les 34 cas de démence terminale, dans 7 le liquide cérébro-spinal était stérile, et dans le reste des cas se trouvaient huit formes différentes de micro-organismes, tantôt séparées, tantôt réunies en deux ou trois variétés.

En résumé, c'est le pneumocoque qui fut trouvé le plus fréquemment, puis le staphylocoque ; mais en se reportant aux conditions mentales des malades chez qui se trouvèrent ces micro-organismes, la présence de ces derniers n'a aucun rapport avec le trouble mental et n'a de rapport plus ou moins constant qu'avec l'existence d'une maladie organique. (*American Journal of insanity*, octobre 1897.) E. B.

VII. Psychologie et physiologie ; par Herbert Nichols.

L'auteur, s'appuyant sur divers exemples, estime que les livres de physiologie sont remplis de traditions scolastiques qui non seulement écartent la science de ses voies les plus larges, mais encore l'égarent dans ses détails et dans ses problèmes pratiques.

C'est ainsi que chacun des processus « sensations viscérales », « folie », « émotions », « instinct », « personnalité », « l'inconscient », « le sub-conscient », « le conscient », représente une sphère pratique de la physiologie restant entourée d'une grande obscurité et mal comprise en raison des notions absolument primitives qui sont venues jusqu'à la science présente sans être critiquées et que la science actuelle se refuse à examiner par crainte d'en arriver à des spéculations métaphysiques. Et ces exemples ne sont pas exceptionnels, car la physiologie pratique et, en particulier, la psychiâtrie pratique, en sont remplies.

A l'heure actuelle s'impose l'union cordiale, généreuse, de la physiologie avec la psychologie, afin de déblayer le terrain de cette dernière de la scholastique primitive qui l'encombre. (*American journal of insanity*, octobre 1897.) E. B.

VIII. Le développement des centres supérieurs du cerveau ; par le Dr Stewart Paton.

Déjà Anaxagore avait dit que si l'homme est plus intelligent que l'animal, c'est que son esprit emploie des organes plus développés. De fait, il existe des relations intimes entre le développement anatomique des centres cérébraux supérieurs et leur expression fonctionnelle physiologique.

En étudiant comparativement le développement des centres cérébraux dans la série des vertébrés, on voit que les centres céré-

braux inférieurs ont subi chez les mammifères un processus de rétrogression, et il est probable que l'importance de ces centres a diminué tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue de la structure. C'est ainsi que les corps opto-striés, chez les vertébrés supérieurs, sont relativement plus petits que chez le poisson ; mais d'autre part, la simple couche épithéliale qui forme le manteau de l'hémisphère chez le poisson, présente chez les mammifères une structure des plus complexes.

Les recherches les plus récentes décrivent quatre couches à cette écorce des hémisphères chez le mammifère : la couche moléculaire, la plus extérieure ; les deux couches des petites et grandes cellules pyramidales ; et enfin la couche des cellules polymorphes. Mais il est impossible de dire que parmi les éléments qui constituent cette écorce cérébrale, aucun, soit fibre, soit cellule, soit caractéristique de l'importance fonctionnelle de l'écorce.

Jusqu'à présent, aucune caractéristique de l'activité psychique n'a été découverte dans l'analyse minutieuse de la structure cellulaire : sans doute les cellules pyramidales ont quelque relation, directe ou indirecte, avec la production de la pensée, mais il est impossible de définir leur fonction comme psychique. Ce n'est que d'une façon très générale qu'on peut inférer les possibilités psychologiques uniquement du fait de la disposition des centres corticaux.

Les centres cérébraux supérieurs peuvent être considérés comme un tout complexe : du vertébré le plus inférieur jusqu'à l'expression la plus élevée du type mammifère, on trouve un type de structure cérébrale varié mais, progressivement complexe, en même temps que s'accroît l'activité fonctionnelle. (*American Journal of insanity*, octobre 1897.) E. B.

IX. **Psychro-œsthésie (sensations de froid) et psychro-algie (douleurs de froid)**; par le Dr Dana.

Les sensations de froid constituent une forme rare de paresthésie et ont été décrites sous le nom de psychro-œsthésie. Ces sensations de froid ne sont pas ordinairement très pénibles, et, bien qu'elles soient quelquefois décrites comme des douleurs de froid, elles ne sont en rien comparables, au point de vue douleur avec les sensations de chaleur.

L'auteur rapporte sept cas de psychro-œsthésie : chez les malades atteints, il fut impossible de découvrir aucun signe de maladie organique du système central ou périphérique. Il existe deux classes de sensations de froid. Dans la première, le symptôme n'est pas limité à certaines zones, mais disséminé aux extrémités des membres et associé à d'autres paresthésies ou à des douleurs, et souvent à des troubles vaso-moteurs évidents.

Les psychro-œsthésies de cette nature se rencontrent dans les formes légères de névrite, névrite alcoolique sciatique, dans l'ataxie locomotrice et dans la première période de la syringomyélie; elles correspondent à une lésion du neurone sensoriel périphérique sur l'un des points de son parcours.

La seconde classe de sensations de froid, la psychro-œsthésie proprement dite. est constituée par une sensation tout à fait localisée. le plus souvent sur la jambe ou la fesse, quelquefois sur le mollet ou la face et correspondant plus ou moins exactement avec la distribution d'un nerf.

Cette sensation est superficielle : il semble au patient qu'un objet froid repose sur la partie sensible.

Ce trouble peut être déterminé par un traumatisme, combiné avec une disposition rhumatismale ou une constitution névropathique. (*The alienist and neurologist*, avril 98.) E. B.

X. Relations physiologiques et pathologiques entre le nez et l'appareil sexuel; par le Dr Noland Mackenzie.

Au point de vue physiologique, les rapports suivants peuvent être constatés entre l'appareil sexuel et le nez, et plus spécialement le tissu érectile intra-nasal : 1° un certain nombre de femmes ont, au moment de leurs règles, un engorgement du tissu caverneux nasal ; — 2° quelques femmes peuvent présenter des règles supplémentaires nasales ; — 3° au cours de l'excitation sexuelle ou pendant le coït peuvent se présenter des phénomènes dépendant de la muqueuse nasale, comme des épistaxis, des éternuements, l'occlusion des narines ou autres actes réflexes ; — 4° il existe dans certains cas une dépendance entre l'irritation génito-urinaire et les affections des fosses nasales ; — 5° l'histoire des parfums montre le rôle important de l'impression olfactive pour provoquer l'éréthisme des organes reproducteurs.

Ces relations physiologiques entre le nez et l'appareil reproducteur s'expliquent en partie par le lien de sympathie qui existe entre les divers tissus érectiles du corps.

Au point de vue pathologique, on peut constater que : 1° chez certaines femmes atteintes d'une affection nasale, la maladie est aggravée au moment des règles ou pendant l'excitation sexuelle; — 2° des excès vénériens peuvent déterminer une irritation de la muqueuse nasale ou l'aggraver lorsqu'elle existe ; — 3° la coexistence d'une maladie utérine ou ovarienne exerce parfois une influence importante sur l'histoire clinique d'une affection nasale.

Les recherches de Fleiss semblent montrer que la douleur, l'abondance, l'irrégularité des règles peuvent, dans certains cas, dépendre d'une cause intra-nasale.

Ce dernier auteur cite quelques cas dans lesquels la douleur de certaines formes de dysménorrhée a été temporairement dissipée par l'application de cocaïne sur la muqueuse nasale.

Seuls le cornet inférieur et le tubercule de la cloison auraient une relation spéciale avec les douleurs dysménorrhéiques : aussi a-t-on donné à ces deux localisations le nom de zones génitales. L'auteur a pu observer un grand nombre de cas cliniques relatifs à ces rapports entre le nez et l'appareil sexuel. (*The alienist and neurologist*, avril 98.) E. B.

XI. Investigations expérimentales des racines cervicales et thoraciques au sujet du torticolis; par R. Russell. (*Brain*, part. LXXVII et LXXVIII.)

La section musculaire dans le torticolis spasmodique est à abandonner; celle de la branche externe du spinal a donné quelques résultats, mais elle ne suffit pas, puisque les muscles mêmes qu'elle anime reçoivent des branches du plexus cervical. D'autre part, l'innervation individuelle de chacun des muscles du cou est extrêmement complexe, les données de Quain jettent sur cette question plus de lumière que celles très insuffisantes des autres auteurs, mais sont elles-mêmes à compléter. M. Russell, avec toute la minutie et les plus rigoureuses précautions requises, a cherché sur le macaque la solution des questions suivantes : 1° le nombre exact des racines rachidiennes dont l'excitation détermine des mouvements de la tête sur le tronc ; 2° la position exacte de la tête déterminée par le groupe des muscles innervés par chacune de ces racines prise individuellement ; 3° dans combien de ces racines se trouve représenté chaque muscle pris isolément ; 4° quels sont les muscles représentés dans chaque racine prise à part. Même résumée en un tableau, la réponse à ces questions représente une ampleur telle que force nous est de renvoyer le lecteur à l'article lui-même, ne fût-ce que pour une seule de ces questions ; chaque muscle exige à lui seul tout un tableau. Mais les conclusions générales ne sont pas sans intérêt. Comme pour les muscles des membres un segment seulement (longitudinal ou latéral) d'un même muscle répond à l'excitation d'une racine, par exemple : le segment supérieur à la C^{I}, le moyen à la C^{II}, l'inférieur à la C^{III}. A l'exception des muscles très petits comme les droits et obliques de la tête, tout muscle est commandé par plusieurs racines. Les racines en relation avec les mouvements de la tête sont toutes les cervicales et les deux premières (quelquefois les quatre premières) thoraciques. Les premières commandent les mouvements directement, les dernières indirectement. Après la destrution complète d'une racine, le mouvement d'abord aboli se rétablit rapidement dans un muscle correspondant, ce qui suggère

à l'auteur quelques hypothèses : la cellule corticale commandant les mouvements de ce muscle lui envoie son influx par l'intermédiaire de plusieurs racines ; une de celles-ci étant coupée la cellule corticale est du coup frappée d'inhibition ; mais une fois rétablie dans son activité cette cellule transmet ses ordres au muscle par les racines restées intactes dont celui-ci reçoit des ramifications. Ou bien la somme d'énergie d'un centre moteur, distribuée avant la section radiculaire à toute l'étendue du muscle, se porte maintenant tout entière sur la portion du muscle restée en relation avec ce centre, ce qui établit une compensation. Ou encore, la partie du muscle qui seule reste excitable aux influx des centres après la section incite elle-même mécaniquement de proche en proche les fibres de la partie énervée de ce muscle.

F. Boissier.

XII. **Pseudo-appendicites et affections pseudo-viscérales**; par le professeur Albert Abrams. (*Occidental medical Times*, juin 1898.)

Souvent des *névralgies lombo-abdominales* peuvent simuler l'appendicite. Début brusque, point douloureux de Mac Burnay, symptômes gastriques, etc.; de même des névralgies intercostales amenant la contraction du muscle pectoral simulent des tumeurs du sein par exemple. L'auteur apporte quatre observations où le diagnostic était dfficile, mais a été rendu possible par la « congélation ». Par ce traitement, en effet, la douleur disparaît ainsi que le spasme musculaire. A. V.

XIII. **La castration complète implique-t-elle l'incapacité totale de procréer**; par le Dr Sturgis (de New-York). (*The medical News*, octobre 1898.)

Après avoir fait l'historique des opinions à ce sujet depuis Aristote jusqu'à nos jours, avoir relaté les expériences nombreuses faites sur les animaux et les observations cliniques, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : 1° chez l'animal après la castration complète, des spermatozoïdes ont été trouvés dans les vésicules séminales après un laps de temps variable ; 2° cette période varie chez les différents animaux, six jours pour le chien, sept pour le chat, quatorze pour le cochon d'Inde ; 3° chez l'homme, des cas cliniques montrent que la femme peut être fécondée par un homme castré. Dans un cas, du Dr Pruneteau, des spermatozoïdes vivants furent trouvés dans le sperme d'un eunuque ; 4° par analogie avec le chien et le chat on peut admettre qu'un homme castré puisse être capable de procréer dans les premiers jours qui suivent la castration. A. V.

XIV. L'époque pubère à travers les us et coutumes des peuples ; par A. Marro. (*Rivista Moderna*, F. IV, 1898.)

L'auteur auquel on doit l'importante étude médico-psychologique de la puberté chez l'homme et la femme, fait ici l'étude comparative et ethnographique des différents modes de constatation et de consécration de la majorité pubère parmi les principales races humaines et leur variétés. Après une importante revue historique où il recherche l'âge et les conditions diverses auxquel l'homme était déclaré majeur dans l'antiquité (civis romain, éphèbe grec, etc.), il passe en revue les peuples primitifs sous les diverses latitudes dans les cinq parties du monde.

Australiens, Boschimans, Indiens, Malais, Abyssins, Cafres, etc., sont étudiés; les Kabyles et Touaregs également, les épreuves variées touchant l'endurance physique, l'initiation générale aux qualités capitales réclamées par les milieux divers en vue de la conservation de l'espèce sont particulièrement signalés (acuité visuelle pour les peuples des déserts, conservation du feu chez les Mélanésiens par exemple). Enfin l'auteur arrive aux groupes sociaux de notre Europe occidentale contemporaine ; là il montre l'insuffisance actuelle de l'action sociale qui se désintéresse trop du passage des jeunes gens à l'état de citoyens et de l'initiation nécessaire aux droits et devoirs qui en résultent.

L'unique préparation sociale qui marque encore le passage à l'état pubère confirmé tend à se réduire à l'épreuve de la discipline militaire, laquelle n'est pas générale et est loin de porter les jeunes gens au niveau physique et moral qui devrait être requis pour avoir le titre de citoyens.

Dans le domaine physique même, l'instruction militaire tend à perdre de ses avantages; elle met cependant le jeune homme à l'épreuve des fatigues du camp et du Champ de Mars. Du côté moral la discipline militaire se réduit à enseigner l'obéissance aux règlements et aux supérieurs ainsi qu'à supporter sans riposte les observations et châtiments. On ne saurait nier qu'ainsi réduite l'épreuve virile de discipline militaire n'ait encore quelque utilité, le physique et le moral doivent s'aguerrir aux épreuves, mais pour toutes les vertus civiques positives sur lesquelles repose la vie sociale moderne si complexe, l'état n'a aucun moyen réel d'initiative et s'en remet entièrement aux familles.

L'unique sélection physique qu'il ébauche par l'examen des jeunes mâles pubères n'a d'autre but que d'écarter du service militaire les incapables notoires. Or pour l'exercice de la fonction reproductrice, il ne reste d'autre limitation (encore n'est-ce que pour le mariage) que la limite d'âge des mineurs et le consensus des parents jusqu'à majorité complète. Cependant c'est là que

devrait s'exercer l'action sociale en vertu du droit de défense préventive : on éviterait avec d'opportunes prescriptions l'arrivée d'êtres fatalement destinés au délit ou à la folie en empêchant les individus tarés de transmettre leurs tares dégénératives.

A. MARIE.

XV. **Nouvelles recherches sur la formation de la substance blanche dans les lobes cérébraux de l'homme**; par P. FLECHSIG (*Neurologische Centralblatt*, XVII, 1898.)

M. Flechsig en est à l'étude de quarante-huit hémisphères cérébraux comprenant ensemble vingt-huit cerveaux, depuis le fœtus de sept mois jusqu'à l'enfant de quinze mois. Il en tire ceci : 1° les gaines de myéline se développent dans les lobes du cerveau à des époques et en des endroits ayant force de lois exactement comme pour la moelle, le bulbe, le cervelet, le cerveau moyen; 2° les gaines de myéline se forment simultanément autour de fibres équivalentes, mais sous cette réserve que les collatérales se développent, sans exception, plus tard que les fibres fondamentales; il se forme donc des systèmes de diverses valeurs qui suivent une loi sériaire; 3° les systèmes de fibres dont le développement n'a pas lieu en même temps, par exemple, les fibres radiaires de la deuxième pariétale et celles de la pariétale ascendante, qui se développent à trois mois de distance et davantage, ne peuvent avoir la même fonction; 4° cette loi fondamentale s'impose chez les embryons venus avant terme qui ont vécu un temps relativement long; ainsi, chez les fœtus de sept mois qui ont vécu un ou deux mois. Le caractère anatomique des trousseaux de fibres distincts y apparait des plus évidents, bien plus net que chez les fœtus à terme mais morts-nés. La notion des conducteurs sensoriels est principalement basée sur l'examen d'embryons avant terme ayant vécu pendant un certain temps ; 5° le développement des manchons de myéline des lobes du cerveau commence deux mois et demi à trois mois avant l'accouchement normal ou avant la maturité. Les premiers systèmes sont la radiation du ruban de Reil et la bandelette olfactive ; ce sont donc indubitablement, des conducteurs sensibles ; à ce moment il n'y a nulle part de fibres myéliniques disséminées dans les lobes du cerveau. Les fibres d'association ne se développent point en même temps que ces fibres de projection là; 6° le développement de la *substance blanche de l'écorce* se limite d'emblée à *des endroits tout à fait distincts;* les autres endroits sont tout à fait exempts de fibres myéliniques même à trajets complètement isolés. Le progrès ultérieur en a lieu par zones ou par trousseaux.

L'*écorce* se compose donc de *zones spéciales embryogéniques* dont chacune est caractérisée par l'époque spéciale du développement

de ses fibres nerveuses; chacune aussi a ses particularités propres quant aux communications conductrices.

Il y a ainsi quarante zones corticales et peut-être plus. Deux nouveaux centres sensoriels en porte le nombre à sept. Les quatre centres d'association sont décomposés en trente-trois. M. Flechsig en indique par des chiffres la place sur deux schémas de circonvolutions; mais en réserve la description minutieuse à un ouvrage d'ensemble sous presse. Il fait remarquer que la zone 1 reste toute la zone motrice de Charcot (les ascendantes), la zone 5 constituant le territoire visuel de Vialet (coin et partie connexe postéro-inférieure du lobe occipital).

Ces zones, d'après l'époque de leur développement, doivent être réparties en trois groupes.

a). Les *territoires primordiaux*, qui se forment, invariablement, avant la maturité de l'embryon. Ce sont tous les centres sensoriels déjà décrits, pourvus de myéline bien avant que les territoires terminaux contiennent une seule fibre myélinique. Tels : les ascendantes (surtout la pariétale); les lèvres de la fissure calcarine et la première occipitale; le gyrus uncinatus; la circonvolution olfactive interne; la corne d'Ammon; le subiculum cornu Ammonis; le gyrus fornicatus (principalement son tiers moyen); les circonvolutions transverses du lobe temporal; toutes zones constituant des centres sensoriels primaires.

b). Les *territoires intermédiaires* commencent, au besoin, un mois après l'accouchement parfaitement à terme, et sont, en partie des centres sensoriels, en partie des centres d'association. Exemples : le pied de la première frontale; la partie orbitaire de la troisième frontale; le pied de la troisième frontale; le gyrus subangulaire (zone 13, entre la deuxième temporale et les occipitales); centres sensoriels secondaires qui se développent avant la partie postérieure de la première temporale, le tiers antérieur de la première temporale etc., qui ne sont que les zones marginales de centres sensoriels, mais sont aussi des territoires intermédiaires.

c). Les *territoires terminaux*. Ils se forment plus d'un mois après l'accouchement normal, et sont, exclusivement, des centres d'associations déjà décrits. La myélinisation y commence quatre mois à quatre mois et demi plus tard que dans les territoires primordiaux. Première et deuxième frontale; circonvolution pariétale inférieure; deuxième et troisième temporale; une partie du gyrus fornicatus. Ces territoires, qui distinguent le cerveau humain de celui des anthropoïdes, déterminent la forme du cerveau de l'homme.

Il est bon de noter que la troisième frontale n'est jamais un territoire terminal.

D'après ces nouvelles recherches, la première frontale se composerait de quatre zones corticales, la troisième frontale, de trois zones. La partie triangulaire de celle-ci appartiendrait aux territoires intermédiaires de maturité tardive, tandis que sa partie orbitaire relèverait des centres sensoriels primordiaux. La deuxième pariétale comprendrait quatre zones ; une, petite, tout à fait antérieure, serait placée dans l'opercule (centre sensoriel secondaire) ; une zone postérieure formerait une voie de passage à la deuxième occipitale ; une zone, contiguë au tiers moyen de la pariétale ascendante, constituerait, pour la plus grande partie, le lobule pariétal inférieur actuel (*supramarginal*) ; la quatrième correspondrait principalement au pli courbe. Celle-ci seule serait un territoire terminal ; toutefois, la zone qui forme la plus grande partie du lobule pariétal inférieur ne se développerait que peu de temps avant les territoires terminaux. L'avant coin serait décomposable en quatre zones corticales, dont un territoire terminal qui, généralement, appartiendrait un gyrus fornicatus, et deux zones marginales. L'insula aussi serait de quatre zones, dont l'une, sorte de transition entre les territoires intermédiaires et les territoires terminaux, occupe la moitié inférieure de l'insula, surtout en arrière ; une autre représente un territoire primordial muni de fibres de projection éparses, qui est placé immédiatement à côté des ascendantes.

Chaque zone corticale tire son caractère de l'ordonnancement de la myélinisation. Dans telle catégorie de zones, ce sont les fibres de projection qui commençent à s'entourer de myéline, dans telle autre, ce sont les fibres d'association ; ce qui permet déjà de distinguer les zones en centres de projections et en centres d'association. Les fibres les premières mûres s'appellent *systèmes primaires* et, ainsi de suite, on a des systèmes secondaires, tertiaires, quaternaires, suivant leur ordre de développement. Or les systèmes primaires sont tantôt des systèmes de projection, tantôt des systèmes d'association (notamment en ce qui concerne le corps calleux). Dans aucune zone il n'y a genèse simultanée des deux catégories de fibres.

Le sens dans lequel se développent les fibres indique le sens dans lequel elles sont conductrices.

Le système primaire des territoires primordiaux se développe, sans exception, des ganglions de la base vers l'écorce ; ceci est surtout apparent pour la radiation optique primaire qui, chez un enfant né un mois et demi ou deux mois avant terme, et mort à l'âge de douze jours, n'avait de myéline qu'à mi-chemin du corps genouillé externe et de l'écorce. *Et tous les systèmes de fibres primaires des territoires primordiaux* sont au point de vue embryogénique, *des conducteurs corticopètes.*

Dans les *territoires terminaux*, au contraire, les fibres corticales

se revêtent de leur myéline d'abord dans le voisinage de l'écorce ; les *systèmes de fibres primaires y sont corticofuges*. Mais ce ne sont pas des fibres de projection motrices, ce sont plutôt des fibres du corps calleux.

Les fibres de projection motrices ne se développent nulle part les premières ; elles ne se myélinisent que dans les zones corticales déjà munies de conducteurs sensibles ou corticopètes myéliniques.

M. Flechsig admet cependant des variétés individuelles de zones corticales embryogéniques, des types inverses de développement myélinique, tout en mettant en garde contre l'anomalie pathologique. Il s'étend longuement sur les variétés d'allures du *ruban de Reil de l'étage inférieur du pédoncule cérébral*. Ce ruban se compose de deux trousseaux : 1° un trousseau de fortes fibres du ruban de Reil principal, se développant avec les fibres correspondantes du cordon postérieur, pénétrant dans la substance noire, où elles se terminent tout en filant en partie jusqu'au noyau lenticulaire ; 2° un autre trousseau, plus tardif, sortant, avec le faisceau pyramidal, de la capsule interne, gagnant le pied du pédoncule cérébral, se dirigeant en bas et s'appliquant au ruban de Reil principal, pour se confondre avec lui. Ce second trousseau est donc un *ruban de Reil pyramidal* dont les fibres parviennent à la protubérance; les uns s'entrecroisent dans le raphé ; les autres point, mais elles arrivent toutes aux noyaux moteurs de la cinquième paire, du facial, et de l'hypoglosse. Le ruban de Reil pyramidal est donc moteur. C'est lui qui présente les deux variétés de trajet que voici. *a*) Il peut accompagner le faisceau pyramidal jusque dans la protubérance et même jusqu'à la partie supérieure du bulbe, et ne parvenir à la formation réticulaire de la calotte ou au raphé que dans la région de l'olive supérieure pour se rendre aux noyaux moteurs des nerfs. *b*) Il peut gagner la surface du pied du pédoncule cérébral en dedans, se placer en dedans du faisceau d'Arnold (cortico-protubérantiel de Flechsig) et constituer un trousseau allant du pied du pédoncule à sa calotte au sein du ruban de Reil principal dans la protubérance. Il occupe alors ici, en avant du ruban de Reil médian, la place de fibres qui, d'ordinaire, sont fournies par la partie la plus interne du faisceau d'Arnold. C'est l'étude de la myélinisation qui permet de distinguer ces organes et de noter les irrégularités dans le trajet des conducteurs. La variété des trajets du ruban de Reil pyramidal explique le grand nombre des variétés du trajet des fibres à la surface du pied du pédoncule cérébral et de la protubérance (Henle).

Il peut donc y avoir aussi dans les lobes du cerveau des variétés dans le trajet des fibres myéliniques ; il peut donc arriver que des régions décrites jusqu'ici comme dénuées de fibres de projection soient un beau jour munies d'un puissant trousseau de fibres de la couronne rayonnante.

La question de la disposition des sillons, qui rend souvent la topographie des circonvolutions bien délicate, devient insignifiante par la substitution aux dénominations ayant cours des zones corticales embryogéniques composantes.

Le reste du mémoire est consacré à la légitimation des centres d'association mais sous réserve d'autres examens plus complets et plus finis des zones embryogéniques.

Les territoires terminaux ont, dit l'auteur, évidemment une tout autre fonction que les territoires primordiaux. Le développement du gros de la masse des fibres s'accompagne presque en même temps, surtout dans les territoires terminaux, du développement de *longs systèmes d'association* particulièrement fournis dans les territoires terminaux. Les *courts systèmes d'association* se développent bien plus tôt, suivant qu'ils joignent entre elles diverses parties d'un territoire primordial, ou des centres sensoriels à leurs zones marginales. Mais, à côté de cela, il n'est pas rare de voir plusieurs centres sensoriels, celui, par exemple, de la sphère tactile, et de la sphère visuelle, envoyer concurremment des conducteurs à la zone 39 (pli courbe et partie supérieure de la première temporale), sans qu'il y ait union directe des centres sensoriels. Quant au cingulum, dans lequel, à l'origine, M. Flechsig plaçait un centre d'association direct de diverses sphères sensorielles, il constitue surtout un système de projection.

N'empêche que la clinique ne montre la relation de troubles de la sensibilité ou de la motilité avec l'altération exclusive et constante de régions dans lesquelles chez le fœtus et le nouveau-né, on peut suivre des conducteurs sensoriels, tandis que la lésion d'autres territoires s'accompagne le plus habituellement de troubles d'association. Si imparfaite que soit encore la doctrine des localisations, le dépouillement méticuleux des faits publiés, fournit de plus en plus d'exemples en faveur de cette hypothèse que les *territoires terminaux commandent à des fonctions d'association*.

S'il est vrai que les centres d'association en question soient aussi innervés par des fibres de la couronne rayonnante, il reste à décider du véritable trajet, dans la couche optique, des fibres qui vont aux territoires terminaux, des origines et des sens des courants de celles-ci. Toutes les fibres de la couronne rayonnante doivent-elles être considérées comme des fibres de projection constituant des conducteurs intercalés entre les organes terminaux et l'écorce du cerveau? La couche optique en tout cas se distingue des autres émissaires de conducteurs sensoriels tels que le corps genouillé externe et le renflement olfactif. C'est un appareil plus compliqué, composé de six territoires divers puisqu'ils se myélinisent à diverses époques. Le globus pallidus est un système unitaire. Le noyau du ruban de Reil, tout petit, reçoit beaucoup de fibres corticofuges (Kœlliker). Le zone 39, qui correspond prin-

cipalement au pli courbe, est aussi carticofuge, et, probablement thalamopète; or elle ne produit pas du tout de troubles de la sensibilité ni du sens musculaire. Est-il vraiment possible de considérer les conducteurs en rapport avec ces zones comme des fibres de projection? Les fibres du lobule pariétal inférieur, qui vont soi-disant à la radiation optique, gagnent, en réalité le tapetum directement, et sont, les unes des fibres du corps calleux, les autres des fibres d'association.

La bibliographie ne contient pas un seul fait qui, sûrement, prouve que les territoires terminaux et un certain nombre de territoires intermédiaires prennent une part considérable à la couronnne rayonnante. Discussion des faits.

Rôle de ruban de Reil qui se termine exclusivement dans les ascendantes et exceptionnellement dans le segment supéro-antérieur de la première pariétale; de là les troubles du sens musculaire en pareils cas, etc., etc. P. Keraval.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. **Un cas de résection totale et bilatérale du sympathique cervical comme traitement de l'épilepsie essentielle**; par Otero Acevedo. (*Siglo Medico*, n° 2315.)

Après avoir passé en revue les idées de Alexander et de Barac et les faits de Kummel, Jacks, Boydoneck, Lépine, Jaboulay et Jonesco, l'auteur décrit les sept temps de l'opération comme il la comprend et relate son cas: homme vingt et un ans, attaques depuis une peur survenue à l'âge de dix ans, très fréquentes et revêtant parfois la forme grave (coma durant dix heures). Toute médication échoue et la fréquence moyenne de trois crises par jour se maintient. Opération en deux séances sans incident, mais dont on ne peut donner encore que les résultats physiologiques immédiats. Au moment de la résection, le pouls monte de 75 à 130 (excitation mécanique); quelques heures, après chute à 80, et ascensions régulières à 120 pendant les digestions stomacales; pas de modification thermique du corps, mais élévation thermique de la face du côté opéré; hypersécrétion nasale et lacrymale, ptosis, myosis et rougeur de la face au moment de la résection du ganglion cervical supérieur. Disparition graduelle de ces phénomènes de quelques heures à une semaine après. Retrait de l'œil dans

l'orbite. Pas d'attaque immédiatement après, une petite seulement quelques jours après l'opération du sympathique gauche et un accès de délire mystique après l'opération droite. Pendant les quarante-cinq jours écoulés depuis la deuxième opération, cinq attaques seulement, la plus longue de vingt-cinq minutes, la plus courte de moins d'une minute. Les troubles physiologiques ont tous disparu, seul le cœur, qui reste à 80 pulsations, monte à 120 pendant la digestion stomacale. L'auteur pense qu'une revision de la physiologie des nerfs cardiaques venus du sympathique cervical est indiquée [1]. F. BOISSIER.

II. Contribution à l'étude de la théorie de la fonction de la glande thyroïde et de la thérapeutique de la maladie de Basedow ; par C.-F. DE TRACZEWSKI. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Chez les animaux thyroïdectomisés la viande crue, le bouillon et la viande bouillie exercent une action défavorable sur leur santé. La viande crue, plus que la quantité correspondante de viande bouillie avec son bouillon. Il est probable que la cuisson, en modifiant la viande, modifie aussi la qualité des substances constitutives nuisibles. La viande bouillie avec son bouillon agit plus défavorablement que le bouillon seul, et le bouillon plus que la viande bouillie. Quelle est la toxicité des sels de potasse et des phosphates du bouillon? Les sels de potasse entraîneraient surtout des symptômes absents dans la cachexie thyroïdienne. Quant aux phosphates, les phosphates calciques sont presque insolubles ; le phosphate de magnésie produit facilement la diarrhée; le phosphate acide de soude, soluble, peu coûteux, et facile à obtenir, entraîne toujours la cachexie, toutes les fois qu'on le donne aux animaux thyroïdectomisés qui n'ont conservé de la glande thyroïde que ce qu'il leur en faut pour vivre sans présenter de symptômes pathologiques. Leur fait-on absorber continuellement de ce phosphate, on produit l'atrophie de ce qui leur reste de glande; il cachexie, quand on le donne en grandes quantités, ceux qui ne sont pas opérés. Les femelles grosses partiellement thyroïdectomisées éprouvent, sans qu'il soit besoin de leur donner du phosphate, des phénomènes cachectiques jusqu'à leur accouchement; deux jours après l'accouchement elles sont libres de tout trouble; ces animaux sont toujours rachitiques. Dans la maladie de Basedow, la femme éprouve une grande amélioration pendant la grossesse. La glande thyroïde augmente toujours de volume au cours de la grossesse, ce qui paraît indiquer que l'économie a alors grand besoin de suc thyroïdien. La femelle grosse

[1] Mais il ne nous paraît pas que l'opération le soit... au moins comme moyen *curatif* de l'épilepsie. B.

pertiellement thyroïdectomisée manque de suc thyroïdien, d'où les accidents cachectiques jusqu'à l'accouchement; la femme grosse basedowienne utilise son surplus de suc thyroïdien, ce qui l'améliore.

Généralement la maladie de Basedow est hystérique (Charcot), c'est pourquoi on ne trouve pas de lésions. Mais elle peut être due parfois à des toxines ayant agi sur le système nerveux (intoxication nerveuse), issues de maladies infectieuses; elle est alors aussi purement fonctionnelle (légères lésions du plancher du quatrième ventricule). Elle peut encore émaner du tabes avancé; lésion du faisceau solitaire de Mendel.

La théorie de la modification fonctionnelle du plancher du quatrième ventricule est séduisante; c'est de là que partent les nerfs de la thyroïde. De là, excitation anormale de la glande, son hypersécrétion qui agit défavorablement sur le système nerveux central. C'est un cercle vicieux qu'on peut interrompre en donnant des phosphates qui neutralisent le suc thyroïde. On empêche ainsi la cachexie. Ce traitement a très bien réussi à Berne; Mœbius, dans sa monographie sur la maladie de Basedow, vient d'en confirmer l'efficacité.

P. KERAVAL.

III. De l'emploi du repos au lit chez les aliénés; par W. DE BECHTEREW. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XX. N. F. VIII, 1897.)

C'est la communication faite par l'auteur à la Société des Neuropathologistes et Aliénistes de la clinique de Saint-Pétersbourg, en novembre 1896. Voyez *Progrès médical*, VII, 25, 18 juin 1898.

P. KERAVAL.

IV. Du traitement de l'alcoolisme par l'hypnotisme; par F. RIBAKOFF. (*Vratch*, 1898, n° 18, p. 517-579.)

L'auteur a eu l'occasion de traiter par l'hypnotisme 15 alcooliques dont quelques-uns seulement étaient hospitalisés; de l'étude de ces 15 cas il tire les conclusions suivantes : 1° les alcooliques sont très facilement hypnotisables; 2° l'hypnotisme est un bon agent thérapeutique de l'alcoolisme; 3° l'action favorable de la suggestion se manifeste par l'amélioration de l'état général, la disparition de l'abattement, de la mélancolie et de l'apathie, par l'affaiblissement du penchant pour le vin, par la disparition de l'alcoolisme; 4° quelquefois, après la première séance, on réussit d'arrêter l'abus habituel des boissons alcooliques et même de couper un accès d'alcoolisme; 5° la répétition des suggestions retient quelquefois l'ivrogne de la satisfaction de ses penchants pour un temps assez long, le temps de l'abstinence varie beaucoup avec les malades; 6° la guérison définitive est assez rare, les rechutes, au

contraire, fréquentes. Tout dépend du degré de dégénérescence du malade ; 7° les rechutes s'observent plus souvent lorsque le traitement n'a pas été assez prolongé ou lorsque le médecin n'a pas été exact aux séances qu'il a fixées; 8° il faut être très ponctuel et très attentif quant au temps fixé pour les séances ; 9° pour que les résultats soient plus durables, il faut prolonger le traitement assez longtemps (jusqu'à un an au moins); 10° on peut hypnotiser à n'importe quel moment de la maladie, mais il est préférable de le faire lorsque le malade n'est pas ivre. Il est contrindiqué d'hypnotiser pendant l'accès du *delirium tremens* et lorsque l'alcoolique est agité; l'insuccès presque certain dans ces cas aurait une mauvaise influence sur la confiance qu'inspire le médecin et sa méthode au malade. E. Margouliès.

V. **Le suicide comme agent de préservation**; par le Dr Hughes.

Sans proclamer le suicide comme un remède, l'auteur estime que les débiles mentaux ou moraux, les criminels et les vicieux qui se suicident, paient une sorte de dette à la nature et procurent un bénéfice à l'humanité.

Pourquoi ne pas approuver le suicide, qui met ainsi fin à la descendance d'un être lorsque cet être est notoirement dégénéré, mentalement ou moralement ? Le bon grain pousse mieux quand les mauvaises herbes ont été arrachées du champ. Le suicide précoce d'un imbécile moral ou mental est une sorte de grâce pour la société qui se trouve préservée de toute une progéniture de créatures semblables. (*The Alienist and Neurologist*, janvier 1898.)

E. B.

VI. **Goître exophthalmique et médication thyroïdienne**; par M. Odilon Martin. (*Presse médicale*, 13 juillet 1898.)

Selon M. Odilon Martin, il n'y a pas lieu, comme le soutiennent la plupart des auteurs qui ont étudié cette question, de prohiber systématiquement la médication thyroïdienne dans le goître exophthalmique. D'une part, une prohibition aussi absolue ne saurait s'appuyer sur la pathogénie de cette maladie ; celle-ci, en effet, est encore loin d'être fixée; il est devenu à peu près impossible de considérer le goître exophthalmique comme une entité morbide ; il y a, non une maladie de Basedow, mais des Basedowiens, susceptibles d'être rangés en des groupes très différents. D'autre part, cette thérapeutique compte à son actif un certain nombre de succès. Aux cas déjà publiés, où la médication thyroïdienne a donné de très sérieux résultats, ou même des guérisons, l'auteur joint l'observation d'un malade atteint de goître exophthalmique qu'il a soumis à ce mode de traitement, grâce auquel il a

été très notablement et très rapidement amélioré. M. Odilon Martin pense que, dans tous les cas de maladie de Basedow, on est en droit de tenter pendant quelque temps la médication thyroïdienne, quitte à l'abandonner, si on n'en retire pas d'avantages.

A. FENAYROU.

VII. **La médication thyroïdienne dans le traitement du goître exophthalmique**; par M. L. WEILLER (de Saint-Dié). *Presse médicale*, 27 août 1898.)

Observation d'un cas de goître exophthalmique, contre lequel les médications habituelles avaient été employées sans résultat, et qui a été très notablement amélioré par le traitement thyroïdien Pendant trois mois environ la malade a absorbé 25 centigrammes à 1 gramme d'iodothyrine en comprimés. Au bout de ce laps de temps, les symptômes de la maladie de Basedow avaient diminué à tel point que l'on pouvait considérer la guérison comme à peu près complète. Deux mois après la cessation du traitement, l'état de la malade continuait à être très satisfaisant.

L'auteur pense que, si le nombre des Basedowiens améliorés par le traitement thyroïdien est encore peu élevé, c'est uniquement parce que cette médication est très rarement appliqnée. L'observation qu'il rapporte s'ajoute à celles qui ont déjà été publiées, pour établir que ce mode de traitement peut dans certains cas donner d'excellents résultats.

A. FENAYROU.

VIII. **Traitement par la glande thyroïde**; par le Dr WILLIAMS E. MOSKLEY, de Baltimore. (*The Medical News*, septembre 1898.)

L'auteur traita par l'injection de glande thyroïde cinq cas d'hémorragie utérine de causes diverses, dont il rappoıte les observations. Il obtint de bons résultats et il conclut que la glande thyroïde doit être absorbée à des doses très variables suivant les individus, qu'elle a une action marquée sur les hémorragies et que la santé générale est améliorée par son usage. L'examen du sang de ses malades avant et après le traitement thyroïdien accompagne ce travail.

A. V.

IX. **La démorphinisation. Mécanisme physiologique. Conséquences au point de vue thérapeutique**; par M. Paul SOLLIER. (*Presse médicale*, 6 juillet 1898.)

M. Sollier tire de sa théorie sur le mécanisme physiologique de la démorphinisation les indications suivantes du traitement de la morphinomanie : « provoquer et favoriser le plus possible les sécrétions de toutes les glandes, sevrer aussi rapidement que possible de la morphine, n'intervenir ensuite que pour entretenir l'élimina-

tion des éléments cellulaires altérés par l'intoxication, et surveiller les morphinomanes pendant toute la période nécessaire à la réparation glandulaire ». Il considère, en effet, la démorphinisation comme caractérisée par une véritable desquamation épithéliale et endothéliale des muqueuses imprégnées par la morphine et dont les glandes ont cessé de fonctionner sous cette influence. Au moment de sevrage, la violente réaction organique que produit la reprise de l'activité glandulaire, amème l'élimination de la plus grande partie des cellules altérées par le poison. Il se produit ensuite pendant une période de six semaines à deux mois en moyenne, une série de desquamations des mêmes organes glandulaires, se manifestant par des crises éliminatoires d'intensité décroissante au cours desquelles se montre le désir de morphine. Le sevrage rapide constitue le traitement de choix de la morphinomanie, parce que produisant une excitation vive et soudaine de l'organisme, il provoque une réaction énergique. Mais cette réaction qui aboutit à l'élimination des cellules glandulaires altérées doit être facilitée et préparée par la mise en œuvre d'agents (purgatifs, diurétiques, sudorifiques, etc.) destinés à exciter l'activité des glandes. Grâce à l'emploi de ces moyens, on évite les accidents toujours possibles et parfois très graves de la pseudo-démorphinisation, engendrés par les efforts excessifs, bien que encore insuffisants dans certains cas, que doit faire l'organisme pour se débarrasser du poison, si on ne vient à son aide par un traitement approprié. Les médicaments calmants entravent l'élimination et doivent être rejetés. Quant aux substitutifs, ils n'ont qu'une valeur absolument illusoire.

L'auteur explique la gravité des récidives précoces de la morphinomanie, plus grande que celle des récidives tardives. par ce fait que les éléments organiques de nouvelle formation sont d'autant plus facilement et plus profondément altérés par l'agent toxique qu'ils sont plus jeunes et par suite moins résistants. A. Fenayrou.

X. **Deux cas de tumeurs cérébrales opérées avec succès et suivis de guérison**; par les Drs Thomas Oiver et Georges Wiliamson. (*British Medical journal*, 26 novembre 1898.)

La première observation concerne un homme de trente-quatre ans qui depuis deux ans souffrait de maux de tête avec exacerbations matitutinales et de vertiges. Quelques semaines avant son entrée à l'hôpital, il eut un évanouissement et fit une chute en se frappant la tête contre un encoignure. Il resta trois jours sans connaissance et quand il revint à lui, il était paralysé du côté gauche, bras, main et jambe. La paralysie d'abord incomplète à la jambe progressa rapidement. Il eut ensuite des vomissements et des convulsions du côté gauche. Depuis deux ans il éprouvait

des piqûres dans le côté droit aussi par la sensation d'eau chaude lui coulant sur la peau ; l'examen révélait de l'anesthésie et de l'analgésie au niveau du bras et de la main gauches, et une diminution de la sensibilité à la jambe. Pas de syphilis dans ses antécédents. Reflexes parcellaires exagérés, convulsion clonique du pied gauche. Névrite optique bien caractérisée, mais n'empêchant pas la vue. Autres fonctions organiques normales. Le diagnostic de tumeur comprenant l'aire rolandique fut porté avec d'autant plus de certitude qu'il existait des troubles sensitifs et que déjà le Dr Oliver avait soutenu que la région rolandique avait des fonctions à la fois sensitives et motrices.

L'opération vérifia le dignostic et permit l'extraction d'une tumeur de la grosseur d'une demi-orange. C'était un sarcome à cellules rondes.

Les suites opératoires furent très bonnes. Le malade recouvra le mouvement dans le côté gauche six jours après l'opération, et huit mois après il ne lui restait plus qn'une légère parésie. Cependant une attaque convulsive survenue dans l'intervalle laisse subsister des doutes sur la possibilité d'une récidive.

La seconde observation se rapporte à une femme de vingt-trois ans qui présentait une paralysie partielle de la jambe droite et une paralysie totale du bras droit avec flexion des doigts sur la paume de la main. L'apparition de cette paralysie avait été précédée par des maux de tête, des vomissements et des attaques convulsives. La partie inférieure de la face était touchée et la langue déviée sur la droite. Pupilles égales, névrite optique à la première période. Reflexe rotulien exagéré. La sensibilité est émoussée : la peau de la main est en moiteur. Supprsesion des règles. Urine normale, etc. Le diagnostic de tumeur située au niveau de la sphère motrice de hémisphère gauche fut posé, et l'opération fut effectuée avec plein succès. La tumeur enlevée était une angiome. Les suites de l'opération furent très bonnes, mais la malade présenta le phénomène curieux d'aphémie post-opératoire.

Immédiatement après l'opération elle ne pouvait répondre que par oui et non, mais elle ne présentait ni cécité verbale ni surdité verbale ; elle pouvait lire et écrire et comprenait ce qu'on lui disait. L'usage des mots lui revint progressivement ; elle a encore cependant de la peine à trouver le mot propre.

La paralysie de la partie supérieure du bras a totalement disparu, mais il n'en est pas de même de celle de l'avant-bras et du bras ou de celle de la face. Cette dernière est due à ce que par l'opération, les fibres nerveuses motrices ayant été séparées, les cellules pyramidales ont dégénéré. De même on peut se demander si l'aphasie a été produite par une lésion du centre ou par la section des fibres unissant le centre cortical au centre bulbaire d'articulation.

A. Vigouroux.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-SPYCHOLOGIQUE.

Séance du 28 novembre 1898. — PRÉSIDENCE DE M. MEURIOT.

LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Semelaigne, père, dont il prononce l'éloge funèbre.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe au nom de la Société. — La séance est ensuite levée en signe de deuil.

Séance du 28 *novembre*. — PRÉSIDENCE DE M. MEURIOT.

Etiologie de la paralysie générale (suite de la discussion).

M. VALLON. — Lorsque M. Sollier vous a communiqué son observation de paralysie générale d'origine hérédo-syphilitique, je vous disais avoir observé un jeune paralytique général dans l'hérédité duquel je n'avais pu déceler la syphilis ; j'étais mal servi par ma mémoire. Ce jeune homme, en effet, paralytique général, depuis trois ans, quand il est mort à l'âge de vingt-deux ans, dans mon service, a pu avoir des antécédents de famille syphilitiques. En effet, la mère et une tante maternelle étaient aliénés et la mère, soignée dans le service de mon collègue, M. Briand, a succombé à des accidents épileptiformes d'origine syphilitique possible. Le diagnostic de paralysie générale, de mon jeune malade avait été porté par M. Briand, dix-huit mois avant qu'il se soit placé. Sa maladie a évolué sans rémission, non pas parce que le sujet était jeune, mais plutôt parce que le malade n'a jamais présenté aucune trace de délire. On sait, en effet, que les rémissions se montrent surtout dans la forme délirante de la P. G.

On prétend que la paralysie générale n'exerce aucune influence sur la descendance des paralytiques ; je crois le contraire, précisément parce que j'admets l'étiologie hérédo-syphilitique. Personne ne conteste, en effet, la tare que fait porter la syphilis sur plusieurs générations successives.

M. BALLET. — Je proteste, avec la conviction la plus entière,

contre l'opinion de M. Vallon. Il y a là, en effet, un point de doctrine délicat sur lequel nous avons chaque jour à donner un avis. Je ne crois pas que le fils d'un paralytique général ait plus de chance que tout autre de verser dans la folie. Il est bien entendu que j'excepte les enfants conçus pendant la maladie. Si j'avais un fils à marier je n'hésiterais pas à lui laisser épouser une fille de paralytique générale, conçue avant l'éclosion de la méningo-encéphalique.

M. Vallon. — La distinction faite par M. Ballet est très importante, mais j'ai observé des faits qui prouvent que des enfants nés avant la maladie des parents ont eu des tares intellectuelles.

M. Ballet. — M. Vallon s'appuie sur l'étiologie hérédo-syphilitique pour conclure à l'hérédité de la paralysie générale. Il se dit que si la syphilis est assez maligne pour déterminer la paralysie générale elle pourra tout aussi bien déterminer des troubles nerveux chez les enfants des paralytiques. Je crois, pour ma part, que ce sont au contraire les syphilis bénignes qui aboutissent à la méningo-encéphalite.

M. Vallon. — Il me semble que le jour où une syphilis bénigne produit la paralysie générale elle cesse d'être bénigne.

M. Briand demande à M. Ballet si la terminaison de la syphilis par la paralysie générale est liée à la bénignité même de l'infection ou plutôt à cette considération, qu'étant d'apparence bénigne, la syphilis a été mal soignée ou peut-être méconnue au début?

M. Ballet. — Peut-être? Mais je ne pourrais répondre avec certitude à la question de M. Briand ; ce que je peux dire, c'est que j'ai vu un grand nombre de paralytiques généraux dont la syphilis avait été régulièrement soignée.

M. Joffroy. — On rencontre souvent des lésions de syphilis tertiaire associées aux lésions habituelles de la paralysie générale. On peut invoquer ces faits en faveur du peu d'influence de la syphilis sur l'étiologie de la paralysie générale et les considérer comme une simple coïncidence, quand on se trouve en présence d'un syphilique avéré devenu paralytique général. Je crois cependant, comme M. Ballet, que si l'on fait une enquête sur la syphilis des paralytiques généraux on rencontrera le plus souvent des accidents infectieux au début très bénins.

M. Taquet. — Dans le Morbihan, la syphilis est très commune et cependant sur 400 aliénés il n'y a que 3 paralytiques généraux.

M. Ballet. — La coexistence des lésions tertiaires avec celle de la méningo-encéphalique chronique est très rare et n'infirme nullement cette formule que les syphilis qui conduisent à la paralysie générale sont plus souvent bénignes. Ce n'est d'ailleurs pas

à toutes périodes de l'infection qu'on devient paralytique, c'est entre dix et quinze ans après le chancre.

M. JOFFROY. — La syphilis n'est certainement pas sans exercer une certaine influence sur l'éclosion de la paralysie générale ; mais son rôle se borne là. On ne peut pas dire que la méningo-encéphalite chronique soit une quatrième période de la diathèse spécifique. Les lésions de la paralysie générale sont des lésions analogues à celles que peuvent produire toutes les toxines. C'est tout ce qu'à l'heure actuelle peut répondre l'anatomie pathologique.

M. VALLON. — Puisque les lésions de la paralysie générale sont dues à une toxine et que nous constatons l'existence d'un état infectieux, pourquoi ne pas admettre que la syphilis est l'agent producteur de la toxine ?

M. JOFFROY. — La paralysie générale se montre quelquefois moins de deux ans après le chancre et d'autres fois vingt-cinq ans après comme j'en viens d'observer un cas. Peut-être cette infection, de même que l'alcool, le surmenage, le manque de sommeil, créée-t-elle une prédisposition en diminuant la résistance de la cellule nerveuse à la fatigue ?

M. BALLET. — Je ne veux retenir de toute cette discussion que ce seul fait, à savoir que les lésions de la paralysie générale paraissent procéder d'une toxine et je prends acte de cette déclaration de M. Joffroy.

Séance du 26 décembre 1898. — PRÉSIDENCE DE M. MEURIOT.

M. GARNIER donne lecture d'un rapport des candidatures, à la suite duquel M. Legras, médecin de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, est élu membre titulaire.

Elections : Après les élections, le bureau est ainsi composé pour l'année 1899 : *président :* M. J. VOISIN ; *vice-président :* M. MAGNAN ; *secrétaire général :* M. RITTI ; *trésorier :* M. BRUNET ; *secrétaires annuels :* MM. SEMELAIGNE et SOLLIER.

Conseil de famille. — Le conseil de famille est composé des membres du bureau auxquels sont adjoints les deux derniers présidents : MM. GARNIER et MEURIOT.

Comité de publication : MM. BALLET, BOUCHEREAU et VALLON.

Commission des finances : MM. CHRISTIAN et FALRET.

M. MAGNAN remercie la Société de l'honneur qu'elle lui fait en le désignant pour la vice-présidence. Elle le conduira pour la seconde fois à la présidence de la Société, pendant le Congrès de médecine mentale de 1900. Il n'aurait pas assumé cette lourde tâche s'il n'était assuré du précieux concours du secrétaire général qui l'aidera à tenir haut et ferme le drapeau de la médecine mentale.

Folie sympathique. — Laparatomie. — Guérison des troubles intellectuels.

M. Febvré donne lecture d'une observation de folie sympathique recueillie par lui et par M. Picqué, chirurgien des asiles. « Dans les *Annales médico-phychologiques* (t. XVII, nº de janvier et février 1893) » dit-il, nous avons déjà insisté sur la disparition possible de certaines interprétations délirantes surajoutées à un délire primitif et survenues à l'occasion de souffrances physiques intimement liées à deux néoplasmes ayant nécessité une double intervention chirurgicale.

« Aujourd'hui notre observation a une importance considérable car le délire en entier a disparu, grâce à une grave intervention chirurgicale. Après plus de deux ans d'observation, la guérison s'est maintenue complète, définitive. L'origine sympathique de l'aliénation mentale ne pourrait, à notre avis, être niée ou mise en doute. Notre opinion s'appuie sur une observation prise avec un soin méticuleux et poursuivie pendant deux ans après la sortie de l'asile. »

Il s'agit d'une femme âgée de quarante-huit ans, d'une constitution robuste et sans antécédents héréditaires connus. Elle présentait cependant quelques signes de dégénérescence et notamment de l'asymètrie faciale, de l'adhérence des lobules des oreilles et un rétrécissement apparent du diamètre transverse du crâne.

Son affection mentale était essentiellement caractérisée par des symptômes de mélancolie anxieuse avec exacerbation délirante périodique coïncidant avec l'arrivée des règles.

Une laparatomie rendue nécessaire par son état physique a été pratiquée le 19 juin sans incident notable et n'a été suivie d'aucune complication, malgré la persistance de l'agitation et du délire.

L'amélioration dans l'état mental est survenue par degrés, suivant pas à pas l'amélioration de la santé physique, et ne s'affirmant définitivement qu'au moment des dernières souffrances physiques, coïncidant pour ainsi dire avec la cicatrisation complète de la plaie abdominale.

« Le terme de folie sympathique ou de délire sympathique a été, ajoute M. Febvré, abandonné par la plupart des médecins aliénistes; il évoque l'idée vague du retentissement à distance de certains organes les uns sur les autres; mais il consacre en revanche l'importance des causes physiques dans la genèse du délire. »

S'il en est ainsi, les femmes aliénées doivent bénéficier dans l'avenir des immenses progrès faits par la gynécologie. M. Febvré pense que des réformes hospitalières s'imposent pour doter les services de femmes d'installations chirurgicales. Il se propose de publier prochainement les heureux résultats qu'il a obtenus avec M. Picqué à la suite de simples curetages, d'opérations de Schræder, etc.

Marcel Briand.

BIBLIOGRAPHIE.

IV. *Le Myxœdème;* par G. THIBIERGE. (*Monographie clinique*, n° 12, Paris, 1898, G. Masson, éditeur.)

L'auteur démontre que sous ses différentes formes (myxœdème infantile, opératoire spontané de l'adulte, ou congénital endémique (crétinisme), le myxœdème a toujours une caractéristique identique, l'existence des lésions thyroïdiennes; que la glande soit atrophiée, absente par agenèsie; qu'elle ait été enlevée par le chirurgien ou qu'elle soit le siège d'une tumeur goitreuse, elle ne se trouve jamais dans des conditions normales.

Atrophie, absence, extirpation sont physiologiquement équivalentes : l'augmentation de volume pourrait en être l'inverse, si elle n'était due au développement d'un tissu pathologique qui se substitue à la glande et l'annule physiologiquement tout en la doublant anatomiquement.

Absente ou annulée fonctionnellement la glande thyroïde produit le myxœdème comme le rein dégénéré produit l'urémie, comme le foie étreint par le tissu fibreux ou dégénéré cause l'ictère grave.

Le myxœdème n'est pas une entité morbide relevant d'une cause pathogène chimique ou microbienne toujours identique, mais un syndrome relevant de l'absence de fonctionnement du corps thyroïde. Ce n'est pas une maladie à proprement dire, c'est l'aboutissant de malformations, de traumatismes, de maladies diverses. Après un tableau clinique, tracé de main de maître, du myxœdème spontané de l'adulte, l'auteur décrit les aspects cliniques du myxœdème opératoire, du myxœdème infantile et du myxœdème endémique.

L'historique de chacun de ces chapitres est bref, mais clair et complet. Baillarger et les rapports sardes et français d'il y a cinquante ans sur la question du crétinisme en Savoie, Reverdin et Koeher pour la cachexie strumiprive, Bourneville[1] pour le créti-

[1] Voir Bourneville : *Note sur un cas de myxœdème ou cachexie pachydermique* (avec d'Ollier, 1880) : — *De l'idiotie compliquée de cachexie pachydermique* (avec Bricon, 1886); — *Nouveaux cas d'idiotie myxœdémateuse*, 1888, 1889, 1890, 1891, 1895. Tous ces travaux, parus dans le *Progrès médical* ou dans les *Archives de Neurologie* ont été réimprimés dans les *Comptes rendus de Bicêtre*: — *Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traité par l'ingestion thyroïdienne* (Congrès des aliénistes et neurologistes, Bordeaux, août 1895); — *Six cas d'idiotie myxœdémateuse;*

nisme sporadique; enfin à propos des cas d'infantilisme opposé à la cachexie parathyroïdienne, les idées nouvelles de Brissaud sur le nanisme sont rapidement indiquées.

Les recherches expérimentales de physiologie comparée, les études de chimie biologique sur les éléments contenus dans le tissu glandulaire sônt à leur tour résumés.

Les applications thérapeutiques découlant de ces recherches, la thyroïdothérapie forme le dernier chapitre et en quelque sorte la conclusion naturelle de l'exposé précédent qui se recommande par sa clarté parfaite. A. Marie.

V. *Les enfants arriérés, leur traitement éducatif;* par le D[r] Ley. (Anvers, 1898, brochure in-8° de 16 pages.)

Après avoir constaté avec regret que le médecin ne s'occupe que trop rarement de l'éducation des enfants en général, l'auteur fait un court historique de la question touchant l'amélioration des faibles d'esprit; il reporte sur Itard et sur Séguin le mérite d'avoir les premiers montré la possibilité d'élever « l'être anormal à une intellectualité plus grande ».

La classification adoptée par le D[r] Ley est celle de Demoor, qui divise les anormaux en deux grandes classes : les *arriérés médicaux*, les *arriérés pédagogiques*.

Sous la première dénomination l'auteur comprend les idiots complets, les idiots simples, les imbéciles. Sous la seconde, les arriérés, les instables, les pervers, ceux que nous désignons sous le nom d'imbéciles moraux. Cette classification paraît faire supposer que parmi les anormaux il existe certains sujets relevant plus particulièrement de la médecine, et certains autres relevant plus particulièrement de la pédagogie. Il est cependant de toute évidence que, quel que soit le dégré de gravité de leur affection, tous les deshérités de l'intelligence appartiennent aux médecins dont les instituteurs doivent seulement être les auxiliaires.

Pourquoi ne pas s'en tenir à la seule dénomination d'*idiotie*, quitte à en reconnaître ensuite plusieurs sortes : l'*idiotie physique*, l'*idiotie intellectuelle* et l'*idiotie morale*? Les idiots complets présenteraient les trois idioties; les idiots simples, les arriérés ne seraient atteints que dans leur intelligence et leur sens moral; quant aux instables et aux pervers, ils ne se distingueraient des enfants ordinaires que dans la manifestation de leurs instincts, de leur carac-

traitement par l'ingestion de la glande thyroïde (Communication à la *Société médicale des hôpitaux*, séances du 17 janvier 1896 et du 22 janvier 1897) ; — *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité chez les obèses idiots et myxœdemateux ou atteints de nanisme* (Communication au *Congrès des aliénistes et neurologistes*, session de Nancy, 1896).

tère, de leur volonté. Que de subdivisions pourrions-nous encore établir dans chacune de ces idioties!

L'auteur reconnaît deux sortes d'arriérés pédagogiques : les *autoritaires*, qui correspondent à nos instables et à nos pervers, et les *passifs*, qui ne sont que des idiots simples et des arriérés. A l'adresse des premiers, nous regrettons que le Dr Ley soit d'avis qu'aucune marque de sympathie ne doive leur être manifestée. Comme si on pouvait améliorer ces antisociaux sans leur inspirer l'amour de la société, dont leurs éducateurs, médecins et instituteurs, sont les plus visibles représentants.

L'auteur dans sa brochure n'a en vue que les arriérés pédagogiques. Les quelques conseils qu'il donne sur leur traitement sont tirés du livre de Séguin ou, tout au moins, inspirés de sa méthode; nous n'y trouvons que des énumérations incomplètes; cela s'explique par le peu d'étendue du travail : M. Ley a simplement voulu donner à ses confrères le sens des indications à fournir aux familles, qui les consulteraient sur le cas de ces malheureux enfants *malades*.

Il est regrettable que l'auteur n'ait pas eu à sa disposition les comptes rendus de Bicêtre, publiés chaque année depuis 1880, et dans lesquels M. Bourneville indique les nouveaux procédés introduits par lui et ses collaborateurs. J. Boyer.

VI. *Thèses neuro-pathologiques soutenues à la Faculté de médecine de Lille pendant l'année scolaire* 1897-1898.

M. Favier. *Le cœur dans la chorée;* M. Fichaux. *Épilepsie larvée à forme gastrique.*

VARIA.

Xe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

Le dixième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes français s'ouvrira à Marseille, le *mardi 4 avril* 1899, sous la présidence de M. le Dr Doutrebente, médecin en chef, directeur de l'asile de Blois.

Le programme comprendra : 1o questions mises à l'ordre du jour : **Pathologie mentale** : *Délires systématisés secondaires.* Rapporteur le Dr Anglade, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville. — **Pathologie nerveuse** : *Psychoses polynévritiques.* Rapporteur

Dr Dutil, villa Verdier, Nice. — **Médecine légale** : *Aliénés méconnus et condamnés.* Rapporteur Dr Taty, à la Tour-de-Salvagny (Rhône) ; 2° lectures, présentations, travaux divers ; 3° visite de l'asile d'aliénes de Marseille ; 4° assemblée générale de l'Union des Aliénistes français ; 5° excursions ; 6° impression et distribution des travaux du Congrès. — Prix de la cotisation : 20 francs.

Les aliénés en liberté.

Un individu paraissant âgé d'une quarantaine d'années montait hier matin, place du Louvre, sur la plate-forme du tramway faisant le Louvre à Vincennes et de là se mettait à haranguer la foule : « Mesdames, messieurs, chers frères et chères sœurs, s'écriait-il, l'affaire Dreyfus est finie, bien finie, et les temps heureux commencent. Tous nous pourrons manger tant que nous voudrons et l'absinthe coulera à toutes les fontaines publiques. »

Une centaine de personnes entourèrent bientôt l'orateur, dont le discours fut interrompu par des agents qui le conduisirent au commissariat de police, où il déclara se nommer Pierre G..., ébéniste, demeurant au ciel. Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Soleil*, 17 déc.)

L'alcoolisme.

Une foule considérable s'amassait hier matin, dit le *Radical* du 5 janvier, devant un hôtel de la rue Montmartre, attirée par des cris « au secours » et de violentes protestations. Des agents de police, requis aussitôt, entrèrent dans l'hôtel et bientôt le calme fut rétabli.

Voici ce qui s'était passé : depuis quelques jours, habitait là un jeune homme, M. C..., fils d'un commerçant de la rue Montmartre, souvent en proie à des crises d'alcoolisme. Ce jeune homme se livrait alors à toutes sortes d'excentricités ; trois fois déjà il avait dû être interné à l'asile d'aliénés de Clermont.

Hier matin, deux agents de cet établissement se présentaient à l'hôtel et demandaient à parler à M. C... Mis en présence de celui-ci, ils lui présentèrent une lettre de son père réclamant son internement et un certificat de médecin justifiant l'utilité de la mesure réclamée.

A la vue de ces pièces, le jeune homme entra dans une violente colère, poussant des cris, se débattant et refusant de suivre les deux agents. Ceux-ci alors réclamèrent l'intervention de deux gardiens de la paix qui, sur le vu des pièces, vinrent leur prêter main-forte. M. C... fut alors emmené ; hier soir il a été dirigé sur Clermont.

— Une femme de quarante-quatre ans, nommée Henriette Faldein,

dite « Théo », originaire de Genève, demeurant 7, rue d'Austerlitz, vivant avec un ouvrier nommé Jules B..., avait pris depuis fort longtemps la mauvaise habitude de boire plus que de raison.

Avant-hier soir encore, elle fut trouvée ivre-morte dans la rue par une de ses amies, nommée Berthe M..., qui la ramena à son domicile.

Hier matin, après le départ de B..., une voisine pénétrant dans la chambre où dormait Henriette Faldein la trouva morte, baignant dans une mare de sang. Elle alla aussitôt prévenir le commissaire de police qui lança immédiatement, à la poursuite de celui que l'on considérait déjà comme l'assassin, deux agents de la Sûreté. Arrêté au sortir de son atelier, il fut amené devant le commissaire de police, à qui il jura ne s'être point livré sur sa maîtresse à des actes de violence. Néanmoins, malgré ses dénégations, il allait être envoyé au Dépôt, en attendant qu'on statuât sur son cas, lorsque Mme Berthe M..., qui avait appris ce qui se passait, vint relater à ce magistrat dans quel état elle avait trouvé, la veille, la défunte. Un médecin aussitôt mandé, ayant examiné le corps de la malheureuse, reconnut alors que la mort avait été provoquée par une congestion cérébrale. (*Le Soleil* du 14 décembre 1898.) — Voici encore un cas dans lequel on ne semble pas avoir appliqué la *loi sur l'ivresse*.

Deux enfants tués par l'alcool.

Dans un numéro du commencement de janvier, le *Petit Parisien* a publié une dépêche de Rouen, ainsi conçue :

Pendant que les époux Delestre, domestiques de la ferme de M. Lepicard, à Saint-Wandrille-Rancon, vaquaient à leurs occupations, leurs trois enfants, restés seuls à la maison, un garçon de cinq ans, un autre de quatre ans et une fillette de trois ans, s'emparèrent d'une bouteille d'eau-de-vie et d'une bouteille de rhum. Les deux garçons en burent une partie et moururent peu de temps après, malgré les soins qui leur furent prodigués. La fillette n'avait pas voulu boire. On ne s'explique pas l'acte de ces enfants qui ne buvaient jamais de liquides alcooliques. (Janvier 1899.)

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions* : Par arrêtés des mois d'octobre et novembre 1898 ont été nommés : M. Leriche,

conseiller de préfecture honoraire de la Seine, directeur de l'asile de Saint-Méens, près Rennes; — M. le Dr DUPAIN, médecin adjoint à l'asile d'Alençon, médecin en chef à l'asile de Saint-Méens; — M. le Dr BESSIÈRES, médecin directeur de l'asile de Saint-Alban, directeur médecin de l'asile d'Évreux; — M. le Dr NICOLAN, directeur médecin de l'asile d'Auch, médecin en chef de l'asile de Cadillac; — M. le Dr COULON, médecin adjoint à l'asile Sainte-Gemmes, médecin adjoint à l'asile d'Alençon; — M. le Dr PAPILLON, médecin adjoint à l'asile de Montdevergues; — M. le Dr MAHON, médecin adjoint à l'asile Sainte-Cemmes; — M. le Dr BOURDIN, médecin adjoint à l'asile de la Charité; — M. le Dr BARUK, médecin adjoint à l'asile de Condillac a été élevé à la première classe; — M. le Dr CHEVALIER-LAVAUX, médecin adjoint à l'asile d'Aix a été nommé médecin directeur de l'asile d'Auch; — M. le Dr CHARON, médecin adjoint à l'asile de Bailleul a été nommé médecin directeur de l'asile de Saint-Alban; — M. le Dr BONNET, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert; — M. le Dr MONETIER, médecin adjoint à l'asile de Lafond, est nommé médecin adjoint à l'asile de Montdevergues; ont été élevés : à la classe exceptionnelle : M. le Dr PARIS, médecin en chef à l'asile de Maréville; à la 1re classe : M. le Dr BRAUN, médecin en chef à l'asile de Bron; à la 2e classe : médecin directeur de l'asile de Pau; à la 1re classe : M. le Dr MARIE, médecin en chef, chargé de la direction de la colonie de Dun-sur-Auron; M. le Dr MALFILATRE, directeur médecin de l'asile de Saint-Lizier; — M. le Dr NICOLAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac; à la classe exceptionnelle : M. le Dr DUBOURDIEU, médecin adjoint à l'asile de Pau.

UN ASSASSIN DE SEIZE ANS. — On télégraphie de Reims : La cour d'assises de la Marne avait à juger hier un garçon de seize ans, nommé Justin, qui, le 15 juin dernier, rencontrant dans les champs la veuve Lettrée, âgée de soixante-trois ans, débitante de boissons à Saint-Martin-aux-Champs (Marne), l'assassina à coups de faucille. On n'a pu établir le mobile auquel avait obéi ce jeune gredin. Justin a été condamné aux travaux forcés à perpétuité. (*Le Temps*, du 26 novembre 1898.)

L'ENTERREMENT D'UN BUVEUR. — On mande du Mans qu'un enterrement peu banal vient d'avoir lieu à Montbizot, une petite commune de la Sarthe. Un vieux disciple de Bacchus, le « père Gervais », décédé le verre en main, était conduit à sa demeure dernière. Pour obéir à une volonté que ce buveur invétéré avait exprimée en présence de nombreux témoins, le cortège s'est arrêté, avant d'entrer au cimetière, au hameau des Forges. Le cercueil a été déposé sur deux chaises. On a placé sur le drap mortuaire plusieurs rangées de verres pleins d'eau-de-vie. Et porteurs, parents, amis, invités

ont bu et trinqué à la mémoire du défunt. La cérémonie mortuaire s'est ensuite terminée sans nouveaux incidents. (*Le Temps* du 27 janvier 1899.)

BARONCINI (R.). — *Isterismo maschile stati di duplice coscienza.* — Brochure in-8° de 30 pages. — Nocera Inferiore, 1898. — Tipografia del Manicomio.

DANIEL (G.). — *Orthopédie mentale. Enfants arriérés.* — Brochure in-8° de 20 pages. — Bruxelles, 1898. — Librairie H. Lamertin.

DHÉRÉ (Ch.) — *Recherches sur la variation des centres nerveux en fonction de la taille.* — Volume in-8° de 68 pages, avec une planche hors texte. — Paris, 1898. — Librairie Jonn et Boyer.

FARABEUF (P.). — *Contribution à l'étude de la physionomie chez les aliénés.* — Volume in-8° de 95 pages. — Paris, 1898. — Imprimerie Maretheux.

Fifth Annual Report of the Board, of Managers of Craig Colony to the State board of choritics, — Volume in-8° de 96 pages, avec planches hors texte. — Buffalo, 1898. — The Matthews Northrup C°.

Fifty-first annual report of the trustees of the Massachussetts School for the feeble-minded at Waltham for the year cuding september 30, 1898. — Brochure in-8° de 39 pages. — Boston, 1899. — Wright and Potter printing C°.

Forty eight Annual Report, of the Managers of the Syracuse State Institution for Feeble-Minded Children, for the year, 1898. — Volume in-18 de 98 pages, avec planches. — New-York and Albany, 1898. — Wynkoop Hallenbeck Crawford C°.

FUNAIOLI (P.). — *Contributo allo studio della microcefalia pura.* — Brochure in-8° de 24 pages, avec 6 planches hors texte. — Siena, 1898. — Nava All' Insegna dell' Ancora.

Jahresbricht über die Leistungen und Fortschritte auf den gebiate der Neurologie und Psychiatrie (1er Jahrgang, 1897). — Volume in-8° de 1.568 pages. — Berlin, 1898. — Verlag von S. Karger.

KÖLLA (Th.) et DARDEL (M.). — *Des soins à donner aux épileptiques* (instructions pour les garde-malades). — Brochure in-8° de 23 pages. — Neuchatel, 1898. — Imprimerie Delachaux et Nicollé.

LECLERCQ (J.). — *Les traitements actuels du tabes.* — Volume in-8° de 216 pages, avec 135 figures. — Prix : 6 francs. — Paris, 1898. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

MARRO (N.). — *La cura del delirio acuto colle lavature gastriche.* — Brochure in-8° de 10 pages. — Torino, 1898. — Tipografia Spandre et Lazzari.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 299.

Vol. VII. Mars 1899. N° 39

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

LA TOXICITÉ DU SANG DANS L'ÉPILEPSIE;

Par le Dr P. COLOLIAN,
Ancien interne des Asiles de la Seine.

Le complexus symptomatique de l'épilepsie parait résulter, d'une part, d'une maladie de l'écorce cérébrale, héréditaire [1] ou individuelle, d'autre part, de causes occasionnelles. Parmi ces causes dernières, on a noté, de tout temps, les intoxications diverses, l'alcoolisme [2], le saturnisme (Martin Solon, Tanquerel des Planches, Leuret, Grisolle, Nivet, Bernard de Montessus). Mais l'observation démontre que bon nombre de sujets, d'apparence indemnes de toute intoxication externe, ont des attaques épileptiques très fréquentes ; et en effet, pas d'alcoolisme chez eux, pas de saturnisme, ni autre cause provocatrice d'attaques. Les recherches de ces

[1] Desilles. *Notice sur l'épilepsie considérée sous le rapport de l'hérédité*, th. de Montpellier, 1855. — Foville. *Recherches cliniques et statistiques sur la transmission héréditaire de l'épilepsie* (Ann. méd. psych., 1868, t. XI, p. 203). — Dusart. *Hérédité de l'épilepsie*, 1865. — Durand. *De la transmission héréditaire de l'épilepsie* (Ann. méd. psych., 1878, t. XII, p. 279). — Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 240. — J. Voisin. *L'épilepsie*, 1897, p. 6. — Bouchet et Cazanvielh. *De l'épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (Ar. géné., déc. 1825 et janv. 1826). — J. Moreau. *De l'étiologie de l'épilepsie*. (Mém. Ac. de méd., t. XVIII, 1854.)

[2] Motet. *Considérations générales sur l'alcoolisme*, th. de Paris 1859. — Marcé. *Note sur l'action toxique de l'ess. d'absinthe* (C. R. A. des Sc., 1864). — Magnan. *Recherches sur les centres nerveux*, 1876, p. 73. — Guillemin. *Etude sur l'épilepsie alcoolique*, 1877.

derniers temps, physiologiques et cliniques, démontrent pourtant qu'une intoxication existe, et paraît être la cause quoique secondaire mais réelle de l'attaque. Ce sont les substances toxiques, produites journellement dans l'organisme, et mal éliminées en raison des anomalies des échanges nutritifs, qui remplissent le rôle de l'intoxication externe, en excitant l'écorce cérébrale prédisposée et provoquant l'attaque.

Il y a longtemps déjà qu'on a recherché cette toxicité chez les épileptiques. Dès 1854, Seyfert[1] signale la présence de l'albumine en abondance dans l'urine de quelques épileptiques, après l'attaque. Bazin[2] trouve qu'elle est fréquente surtout après les grandes crises. Huppert[3], de Witt[4], Nothnagel[5], Furstner[6], Rabow[7], Otto[8], Fiori[9], Klendgeu[10], Hallarger[11], Richter[12], Mabille[13], Karrer[14] à l'étranger et Christian[15], Mabille[16], Bowett[17], enfin surtout MM. Jules Voisin et Péron[18] en France, ont fait des recherches sur l'albumine des urines des épileptiques. D'après MM. Voisin et Péron, l'abuminurie post-paroxystique existe dans la moitié des cas, surtout dans l'état de mal.

[1] Seyfert. *Dublin quarterly Journal*, 1854.

[2] Bazin. Thèse de Paris, 1861.

[3] Huppert. *Wirchow's Arch.*, Bd LIX, et *Arch. für Psych.*, Bd VII.

[4] De Witt. *Albuminaria as to sympt. of epilepsia paroxysm* (*the American Journal of med.*, avril 1875).

[5] Nothnagel. *Ziemssen Handbuch*, art. *Epilepsia*.

[6] Furstner. *Arch. für Psych.*, Bd VI.

[7] Rabow. *Arch. für Psych.*, Bd VII.

[8] Otto. *Berlin, Klin. Woch.*, 1875.

[9] Fiori. *Italia Medica*, 1881.

[10] Klendgen. *Arch. für Psych.* Bd XI, 1881.

[11] Hallarger. *Post. epilep. albuminuria* (Nord Med. ark. Stockolm, 1889).

[12] Richter. *Arch. für Psych.* Bd XI.

[13] Rabeneau. *Arch. für Psych.* Bd XII.

[14] Karrer. *Berlin. Klinisch. Wock.*, 1875.

[15] Christian. *Gaz. med.*, Paris. 1881.

[16] Mabille. *Annales medico-psych.*, 1880.

[17] Bowell. Thèse de Paris, 1877.

[18] J. Voisin et Péron. *De l'albuminurie post-paroxystique*, **Arch. de** Neurologie, n° 69, 1890.

Puis on s'est occupé de la toxicité proprement dite des épileptiques. Parmi ceux qui se sont livrés à ces recherches citons MM. Denys et Chouppe, Féré, et ces temps derniers MM. Voisin et Petit [1], Mairet et Bosc [2], Mairet et Vires [3], D'après M. Voisin et son élève, il y a hypotoxicité urinaire avant et pendant les accès, et hypertoxicité à la suite des accès, donc élimination des toxines après ces accès. Pour MM. Mairet et Vires, il existe un stigmate permanent dans la névrose, en dehors de toute attaque : l'hypotoxicité urinaire, qu'il s'agisse d'épilepsie convulsive ou d'épilepsie larvée. On peut même s'en servir, ajoutent-ils, pour diagnostiquer la névrose-épilepsie dans nombre de cas, ainsi que pour étudier, avec un critérium nouveau, l'épilepsie larvée.

Ces résultats ont encouragé à poursuivre les recherches sur la toxicité des différents milieux épileptiques.

Le sang, le sérum sanguin des épileptiques ont été également étudiés. MM. Voisin et Petit ont fait l'examen bactériologique du sang, et se sont demandés si, en dehors de l'auto-intoxication, il ne fallait pas incriminer les produits solubles des staphilocoques qui, insuffisamment éliminés, s'accumulent dans le sang et y déterminent des altérations [4].

D'autres auteurs ont poussé leurs recherches dans une autre voie. Chevalier Lavaure, Régis, Massiou, ont reconnu l'hypertoxicité du sérum sanguin, dans les névroses paroxystiques, la crise épileptique, les convulsions.

Tout dernièrement, MM. Mairet et Vires [5], dans une communication à la Société de biologie, ont donné le résultat de leurs expériences, d'après lesquelles le sérum sanguin des épileptiques paraît être moins toxique que celui de l'homme sain. C'est dans le but de rechercher cette toxicité que nous avions entrepris ces quelques expériences, déjà en 1896, dans le service de M. Briand, à l'asile de Villejuif.

[1] *Archives de Neurologie. De l'intoxication dans l'épilepsie* (n°s 98 à 102), 1893.

[2] Mairet et Bosc. *Recherches sur la toxicité de l'urine des épileptiques*. Soc. de biol., 1895, et Arch. de physiologie, 1896, n° 2. — *Recherches sur la toxicité de l'urine normale et pathol.*, 1891.

[3] Mairet et Vires. *Un stigmate permanent de l'épilepsie*. (Bull. méd., 1897, p. 83.)

[4] Jules Voisin. *L'épilepsie*, 1897, p. 149.

[5] Mairet et Vires. *Note sur la toxicité du sérum sanguin des épileptiques*, Soc. de biol., 25 juin 1898.

Nous ne nous sommes pas bornés à chercher la toxicité du sérum dans l'intervalle des attaques, mais aussi avant, pendant et immédiatement après. De cette façon seule, on peut se rendre compte de la toxicité du sérum sanguin des épileptiques.

Nos expériences, faites avant la communication de MM. Mairet et Vires, ne s'accordent pas avec les leurs. Ces auteurs trouvent une toxicité moindre du sérum sanguin chez l'épileptique que chez l'homme sain. Nous avons au contraire constaté que cette toxicité paraît toujours supérieure à celle de l'individu bien portant.

Nos expériences étaient simples. Elles consistaient à prendre du sang d'un épileptique, à laisser reposer ce sang vingt-quatre heures afin d'obtenir du sérum, que nous injections à de jeunes animaux.

Nous avons en premier lieu choisi la souris dont le poids varie de 12 à 15-20 grammes. Mais les observations étaient très délicates, on ne pouvait rechercher l'état des pupilles ni prendre la température, et surtout l'injection était sous-cutanée, l'action lente. Aussi avons-nous préféré de jeunes lapins.

Disons immédiatement que l'antisepsie et l'asepsie la plus rigoureuse ont été mises en pratique : les parties d'où l'on devait recueillir le sang étaient lavées et aseptisées avec soin ; le flacon contenant le sang, était bouché par un petit tampon de ouate hydrophile aseptique et conservé dans un endroit frais.

Nous prenions d'abord le sang directement dans les veines au moyen d'une seringue ; puis, craignant des embolies, nous avons essayé de recueillir le sang au moyen de ventouses scarifiées : ce système présentait encore plusieurs inconvénients. Nous nous sommes enfin trouvé satisfait de la piqûre du doigt. On fait une légère incision à la partie externe du petit doigt, une incision de 1 centimètre, et l'on met un flacon à large embouchure au-dessous du doigt. Le sang coule lentement.

Ce sang est poisseux, noirâtre et se coagule très facilement, surtout à la suite de l'état de mal. Cette particularité avait été remarquée par les auteurs, elle est bien semblable à la modification du sang qu'on observe dans diverses intoxications ou infections. Pendant qu'on recueille le sang, il faut de temps en temps, avec la pointe du bistouri, faire tomber les

caillots qui se forment dans la plaie, et au besoin même l'approfondir.

Au bout de dix, quinze, vingt minutes, on obtient suffisamment de sang, ou du moins nous en avons assez obtenu pour nos expériences. Nous passons maintenant à ces expériences.

I. — *La toxicité sanguine chez l'homme normal.*

Après les expériences si concluantes du professeur Bouchard, il ne nous reste rien à dire ; néanmoins nous avons expérimenté chez l'homme sain, afin de comparer la toxicité du sang chez le sujet bien portant et chez l'épileptique, par des expériences faites dans les mêmes conditions. Nous n'avons pas poussé nos expériences jusqu'à la mort de l'animal ; nous voulions simplement savoir si les mêmes quantités de sérum d'épileptique et d'homme sain avaient le même degré de toxicité. Dans les quelques expériences que nous résumons ici, nous voyons que 5, 6, 7 cc. de sérum sanguin sont absolument inoffensifs quand ce sérum provient d'hommes sains, tandis que des quantités moindres de sérum sanguin d'épileptiques (comme nous le verrons plus loin) suffisent pour tuer un kilog d'animal.

Expérience I. — 21 août, lapin de 525 gr., sérum 5 cc. négatif.
Expérience II. — 29 août, lapin 738 gr., sérum 6 cc. négatif.
Expérience III. — 30 août, lapin 640 gr., sérum 7 cc. négatif.

Dans la communication de MM. Mairet et Vires, nous voyons que le coefficient toxique pour déterminer la mort d'un kilog. d'animal avec du sérum sanguin d'homme sain est de 15 cc. Nous étions donc bien au-dessous.

II. — *La toxicité du sang des épileptiques pendant l'intervalle des attaques.*

Expérience IV. — Le 21 avril, 1 cc. de sérum sanguin d'épileptique, est injecté à une souris de 12 gr. Souris morte.

Expérience V. — 25 avril, 1 cc. de sérum sanguin d'épileptique, injecté à souris de 15 grammes. Survie.

Expérience VI. — 25 avril, 1 cc. de sérum sanguin d'épileptique. injecté à souris de 17 gr. 50. Survie.

Expérience VII. — 15 mai, 1 cc. 1/2 de sérum sanguin d'épileptique, injecté à souris de 13 gr. Très malade, survie.

Expérience VIII. — 21 mai, 1 cc. 1/2 de sérum sanguin d'épileptique, injecté à souris de 15 gr. Survie.

D'après ces expériences, le sang des épileptiques parait peu toxique dans l'intervalle des attaques, c'est-à-dire les malades n'ayant pas eu d'attaques au moins douze heures avant et après l'expérience. Néanmoins il existe une toxicité, puisque, dans un cas, le sérum sanguin d'épileptique a provoqué la mort dans des convulsions, et dans un autre cas, un grand malaise qui a duré plusieurs heures de suite, avec des secousses convulsives des quatre membres. Dans l'expérience ci-dessous, nous ne trouvons pas non plus une forte toxicité au sang d'epileptique.

Expérience IX. — 3 août, lapin 555 gr. sérum sanguin d'épileptique, 4 cc. Survie.

Quelle est donc la toxicité vraie du sérum sanguin de l'épileptique pendant l'intervalle des attaques. Nos expériences très peu suffisantes ne nous le disent pas. Le sang de l'épileptique paraît toxique, mais nous ignorons encore à quelle dose il peut tuer un kilog. d'animal.

III. — *La toxicité du sang immédiatement avant l'attaque épileptique.*

Expérience X. — 11 avril, 3 h. 20 du soir. Sérum recueilli une demi-heure avant une attaque épileptique, injecté à souris de 15 gr. L'injection est sous-cutanée, au-devant des deux membres postérieurs. La quantité est 1 cc.

Dix minutes après, la souris a brusquement des secousses épileptiformes dans les quatre membres ; ces secousses durent à peine une minute; les membres postérieurs sont anesthésiés. L'animal ferme les yeux; ralentissement de la respiration avec arrêt momentané. Un peu plus tard (à 3 h. 50), la respiration est irrégulière, la souris est paralysée du côté gauche (hémiparésie gauche), puis elle tombe avec quelques secousses dans les membres, elle reste étendue sur l'abdomen, la tête sur le plancher, les yeux fermés. Elle demeure dans cet état *comateux* pendant longtemps. Quand nous la quittons (à 5 h. 1/2), elle est toujours dans la même position. Elle est morte dans la nuit du 11 au 12 avril.

L'autopsie ne nous a rien donné. D'ailleurs l'exiguïté de l'animal rendait difficile toute recherche cadavérique.

EXPÉRIENCE XI. — 23 mai, 2 heures du soir. Sérum sanguin pris quarante-cinq minutes avant une attaque de très courte durée. Injection de 3 cc. de ce sérum à un lapin de 880 gr.

Au début de l'injection la température rectale du lapin est de 39°5'. 5 minutes après, accélération respiratoire; la contraction pupillaire commence 15 minutes après; myosis à 2 h. 1/2. La respiration se ralentit; un peu plus tard elle devient irrégulière avec des arrêts momentanés. La température est descendue à 36°6'. Pas de convulsions. Le lendemain l'animal se porte bien.

Nous n'avons que ces deux cas, et nous ne pouvons dire, en outre, que le sang fût immédiatement d'avant l'attaque. Nos deux malades avaient eu des attaques seulement une demi-heure et quarante-cinq minutes après la piqûre.

On ne peut donc pas considérer nos expériences comme précédant immédiatement l'attaque. Pourtant ce sang paraît assez toxique, plus toxique que chez l'homme bien portant, plus toxique que chez les épileptiques dans l'intervalle des attaques. Il a suffi, en effet, d'un cc. de sérum pour tuer une souris de 15 grammes et de 3 cc. pour abaisser la température d'un lapin de 880 grammes, faire contracter ses pupilles et irrégulariser sa respiration.

Quant à la *toxicité du sang au moment même de l'attaque*, nous ne la connaissons pas. Les attaques épileptiques sont de courte durée et l'on arrive toujours trop tard auprès du malade.

IV. — *Toxicité du sang immédiatement après l'attaque épileptique.*

EXPÉRIENCE XII. — 29 avril. 1 cc. sérum du sang recueilli une heure après une attaque épileptique, injecté à souris de 17 gr. Grand malaise, secousses convulsives. Survie.

EXPÉRIENCE XIII. — 5 mai. 1 cc. 1/2 du sérum sanguin recueilli 2 heures après une attaque épileptique, injecté à souris de 20 gr. Malaise, torpeur, secousses dans les membres. Survie.

EXPÉRIENCE XIV. — La malade E... a eu une attaque épileptique le 20 mai. Vingt minutes après la crise nous avons pris du sang.

L'injection du sérum, 4 cc., a été faite le 21 mai à 4 heures, dans la veine auriculaire d'un lapin de 782 gr.

La température rectale du lapin avant l'injection était de 39°6'. Au début de l'injection elle est descendue à 39°3'. Dix minutes après l'injection la contraction pupillaire commence. Perte des réflexes palpébraux et cornéens une demi-heure après. Quelques

convulsions très courtes dans les membres à 4 h. 50′. Grande faiblesse après ces convulsions. Température 36°5′. Anesthésie des quatre membres. Somnolence. A 5 heures, le lapin reste flasque, la respiration est lente, irrégulière, la température baisse toujours, 34°,5. Myosis, nystagmus.

Mort à 7 heures (3 heures après l'injection) dans le coma. A eu des convulsions généralisées avant la mort. A ce moment la temrature est à 38°9′. Le cœur continue à battre pendant quelque temps après l'arrêt de la respiration.

A l'autopsie pas d'embolie.

Expérience XV. — La malade E... a eu une attaque le 3 juin, à 4 heures de l'après-midi. *Dix* minutes après l'attaque nous prenons le sang.

Le 4 juin, à 5 heures, nous injectons 5 cc. du sérum dans la veine auriculaire d'un lapin de 902 gr.

La température rectale du lapin avant l'expérience était 39°. Immédiatement après l'injection nous n'observons rien d'anormal. Dix minutes plus tard la respiration ralentit, les pupilles se contractent, l'animal ne semble pas à son aise, il ne bouge plus.

A 5 heures et demie, au moment d'introduire le thermomètre, le lapin s'arrête une seconde, hébété, les pattes de devant fléchissant, et il tombe; la respiration se ralentit considérablement, la température atteint en ce moment 36°5. Myosis. L'animal s'affaisse tout à fait, et soudain les quatre membres sont agités par des convulsions cloniques et toniques. La tête est renversée, tout le corps fait un demi-cercle. Les convulsions durent une minute ; pendant cette attaque la température remonte à 39, et la respiration s'arrête. Deux à trois minutes après, une seconde attaque de convulsions épileptiformes qui n'a pas duré plus d'une minute. Température : 39°5′. Une troisième attaque, plus forte et plus longue est survenue quelques minutes plus tard, et le lapin est mort à 6 h. 1/4. Avant la mort, il a lancé quelques cris très aigus. Le cœur continue à battre encore quelques secondes après l'arrêt de la respiration.

L'autopsie a été faite le lendemain matin. Elle ne nous a rien révélé : pas la moindre embolie dans le cœur ou dans les vaisseaux. Légère congestion des méninges et du cerveau. Congestion des deux poumons.

Expérience XVI. — La malade F... a eu un vertige le 7 septembre, à 5 h. 20 du soir. Nous avons le sang 15 *minutes* après le vertige.

Le 8 septembre, à 5 heures, nous injectons 4 cc. 1/2 du sérum clair, jaunâtre dans la veine auriculaire d'un lapin de 725 gr.

Au début de l'expérience la température du lapin était 39°,1 ; *treize minutes* après l'injection, le lapin a subitement des convulsions cloniques et toniques dans les quatre membres, la respiration s'arrête, le cœur bat très vite. Cette attaque épileptiforme dure

quelques secondes ; immédiatement après l'attaque, la température était à 39°6 ; elle descend lentement ensuite.

Le lapin est alors tout à fait affaissé, il est dans le coma, reste étendu sur le flanc gauche, les paupières fermées ; la peau est complètement anesthésiée. Les pupilles sont contractées, égales ; les globes oculaires sont retournés en dedans et en haut. Ralentissement considérable de la respiration avec un arrêt momentané. Température 34°8.

Cet état comateux a duré 1 h. 1/2. Pendant tout le temps la température s'est maintenue à 34°8, mais vers 6 h. 1/4, elle s'est relevée lentement, et dès ce moment la respiration s'est légèrement accélérée. A 7 heures moins le quart, la sensibilité se réveille et le lapin se tient sur ses pattes.

Nous l'avons quitté à 7 heures, la température était à 38°1', la respiration était normale, les pupilles restaient toujours un peu contractées.

Le lendemain le lapin vivait encore, mais semblait un peu malade. Le surlendemain il se portait bien.

Expérience XVII. — Le malade K... a eu une attaque de courte durée à 5 heures moins 20 (24 septembre).

Le lendemain, à 4 heures, nous injectons le sérum recueilli la veille vingt minutes après l'attaque.

Quantité du sérum : 3 cc. Poids du lapin : 495. Température : 38°9. Dix minutes après l'injection, contraction des pupilles, ralentissement de la respiration. Somnolence. La température s'abaisse : 36°4.

Vingt-cinq minutes après, le lapin a quelques secousses convulsives très courtes ; il ne peut plus se tenir sur son train postérieur dont la peau est anesthésiée. La température descend jusqu'à 33°, et le lapin tombe dans le coma ; il reste étendu sur le flanc, les pattes allongées, la tête entre les pattes antérieures, les paupières closes. La respiration est lente.

Nous le quittons à 7 h. 1/2 dans cet état. Il est mort dans la nuit. Autopsie faite le 26 septembre. Pas d'embolie ni au cœur, ni aux poumons.

Quelques considérations sur ces expériences nous semblent nécessaires.

Les deux premières (XII et XIII) sur les souris ne prouvent qu'une légère toxicité du sang épileptique après la crise. Et ce sang a été recueilli une à deux heures après l'attaque.

Le résultat des autres expériences est plus satisfaisant, plus concluant. Le sang recueilli de dix à vingt minutes après l'attaque est toxique puisque 5 cc. de sérum, réus-

sisent à intoxiquer un lapin de 900 grammes, à provoquer des convulsions et la mort (exp. XIII).

Ainsi, d'après ces quelques expériences, le sang des épileptiques paraît toxique. Et c'est ici que nous ne sommes pas d'accord avec MM. Mairet et Vires. Dans notre expérience VIII, 2 cc. du sérum sanguin ont suffi pour donner des malaises, des signes d'intoxication à un lapin de 880 gram., tandis que 6 et 7 cc. du sérum sanguin d'un individu bien portant n'ont absolument rien provoqué.

Le sang des épileptiques paraît donc plus toxique en général, même chez ceux qui n'ont pas eu d'attaque depuis plusieurs heures, toxique avant l'attaque, mais surtout toxique après l'attaque.

Dans les expériences faites immédiatement après l'attaque, nous trouvons une toxicité bien plus élevée, puisqu'il faut 4 cc. pour tuer un animal de 782 grammes (exp. XIV), 5 cc. pour 902 (exp. XV), 4, 5 cc. pour 925 (exp. XVI), 3 cc. pour 495.

Il faut donc pour tuer un kilog. d'animal :

D'après l'exp.	XIV	5,115	de sérum sanguin	d'épileptique.
—	XV	5,543	—	—
—	XVI	4,865	—	—
—	XVII	6,061	—	—

Le coefficient de cette toxicité oscille par conséquent entre 5 et 6. En prenant la moyenne de ces quatre expériences, il faut 5,396 cc. du sérum du sang d'un épileptique après l'attaque pour tuer un kilogramme d'animal.

Faut-il en conclure que l'épilepsie est une affection toxique ?

Examinons avant de conclure ce qui se passe dans l'éclampsie des adolescents et des adultes, pour ne pas parler de celle des enfants qui n'est, comme dit Bonnier [1], que l'épilepsie.

L'éclampsie qu'on observe après la scarlatine est, d'après Gowers [2], un empoisonnement du système nerveux par les toxines de la fièvre éruptive.

[1] In Barthez et Rillet. *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*; 3e éd., t. I, p. 378. — Ch. Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1891, p. 257.

[2] Gowers. *Epilepsy and other convulsivechronic diseases*. London, 1881, p. 19.

D'autre part, le professeur Depaul invoque la congestion cérébrale, la lésion rénale et l'altération du sang pour expliquer l'éclampsie puerpérale. M. Delors (de Lyon)[1] pense également qu'il existe des toxines bactériennes qui ne peuvent s'éliminer par les reins atteints, d'où accumulation de toxicité dans le sang. MM. Doleris[2] et Blanc[3] ont pu isoler des microbes dans des cultures d'urine. Eux aussi concluent à l'intoxication.

Pour Hermann de Berlin[4], l'origine infectieuse de l'éclampsie puerpérale n'est pas douteuse. M. Hergott (de Nancy)[5] admet deux ordres de causes à l'éclampsie de la grossesse : 1° l'auto-intoxication ; 2° l'hétéro-intoxication due aux poisons microbiens.

La présence des toxines dans l'éclampsie puerpérale ne fait pas de doute aujourd'hui. Il y a donc une toxicité produite soit par des microbes, soit par le ralentissement des échanges nutritifs ; puis, stase et augmentation de cette toxicité en raison de l'altération des filtres rénal et hépatique.

Voilà donc une affection convulsive, que plusieurs auteurs ont rapproché de l'épilepsie, dont on a dit même qu'elle était de l'épilepsie aiguë (Vogel, Jacquemier[6]) ; voilà donc une affection épileptiforme qui a, pour cause occasionnelle du moins, l'intoxication. Et nous venons de voir que l'intoxication existe également dans l'épilepsie. Nous y trouvons la même production de toxines dans l'éclampsie comme dans l'épilepsie, il y a donc une toxicité.

Que se passe-t-il alors dans l'un et l'autre cas ? La présence des toxines dans l'organisme fait-elle à elle seule éclater l'attaque ? Evidemment non. Il faut qu'il existe surtout et avant tout une prédisposition cérébrale, sur laquelle M. le professeur Joffroy a si souvent insisté dans ses leçons et travaux. C'est par cette prédisposition qu'on peut expliquer l'épilepsie expérimentale. Ainsi pourquoi la même dose de furfurol[7]

[1] Delore. Congrès de Blois, septembre 1884.

[2] Doléris. Société de Biologie, 1885 et 1886.

[3] Blanc. *Arch. de toxicologie*, 1889.

[4] Neumann. *Société de médecine de Berlin*, janvier 1892.

[5] Hergott. *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1893.

[6] Jacquemier. *Manuel d'accouchement*, 1846, t. II, p. 200.

[7] Joffroy et Serveaux. *Mensuration de la toxicité du furfurol.* (*Arch. de méd. expérim. et d'Anat. pathol.*, 1er mars 1896.)

donne-t-elle chez des lapins ou des chiens de même poids, ayant l'apparence de conditions identiques, chez les uns des secousses, des attaques, tandis qu'elle ne produit aucun trouble chez les autres.

Pourquoi la morphine[1] dans les mêmes conditions de dose, de poids, provoque-t-elle ici quelques convulsions isolées, et là de vraies attaques épileptiques avec crise initiale?

Pourquoi toutes les femmes en couches albuminuriques n'ont-elles pas de crises éclamptiques? Parce que, et toujours, il faut qu'il y ait une conformation de l'écorce telle que des toxines non éliminées suffisent pour exciter les zones épileptogènes. Telle est aussi l'avis de M. L.-W. Weber[2] qui conclut, dans une longue étude sur l'épilepsie, qu'ils faut : 1° une prédisposition héréditaire ; 2° une prédisposition individuelle, c'est-à-dire des dommages de toute sorte qui peuvent porter sur le système nerveux central depuis la naissance ; 3° une cause occasionnelle à retours périodiques qui provoque l'explosion de chaque paroxysme, en irritant l'écorce cérébrale endommagée par les causes précédentes. Et il range parmi la prédisposition individiduelle et les causes occasionnelle, les substances toxiques qui sont produites périodiquement dans l'organisme par suite des anomalies des échanges nutritifs.

[1] Joffroy et Serveaux. L'équivalent toxique de la morphine. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1er juillet 1898.)

[2] L.-W. Weber. *Münch med. Woch.*, n° 26.

CONSÉQUENCES DE L'ALCOOLISME. — Depuis deux ans, le nommé François Tassely, luthier à la Couture-Boussey, s'adonnait à l'*ivrognerie*, et sa femme avait dû quitter le domicile conjugal, emmenant ses deux enfants. Désespéré de cet abandon, le malheureux s'est tiré, mardi matin, un coup de revolver dans la tempe droite et s'est fait une blessure à laquelle il a succombé trois jours après. (*Rappel de l'Eure.*)

— Rue Ordener, à la suite d'une violente discussion, le nommé André Bret, trente-huit ans, menuisier, étant ivre, a saisi un vase de nuit, en a frappé sa femme à coups redoublés et lui a fracturé le crâne. Quand on l'a emmené au poste, la foule l'a frappé et a déchiré ses vêtements. On n'espère pas sauver la femme Bret.

PATHOLOGIE MENTALE.

DU SENS TACTILE ÉTUDIÉ CHEZ LES MÊMES MALADES AUX TROIS PÉRIODES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE[1];

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Nous avons vu plus haut que les auteurs faisaient jouer un certain rôle à l'anesthésie et surtout à l'hyperesthésie dans la genèse des conceptions délirantes, plus particulièrement des conceptions délirantes génitales. Que nous apportent à cet égard nos observations? Des 72 constatations avec affaiblissement, 21 soit 30 p. 100 seulement coïncidaient avec un état anormal de la personnalité physique, seulement une des 28 avec abolition soit 6, 2 p. 100 et 28 des 43 avec exagération, soit 84 p. 100. Il est évident par ces chiffres que c'est surtout l'hyperesthésie qu'on constate le plus et l'anesthésie totale le moins dans les cas de troubles de cette personnalité; mais il n'est pas pas moins certain que dans 16 p. 100 des exagérations 70 p. 100 des affaiblissements et 84 p. 100 des abolitions, celle ci est normale. D'un autre côté si nous serrons de plus près la question, nous relevons dans nos 1.256 constatations 562 altérations expansives de la personnalité physique et 174 altérations dépressives; or, des premières 364 existaient et des secondes 162 avec un état normal du tact. Ainsi donc, sans conteste, le tact peut être altéré sans altération corrélative de la personnalité physique, et réciproquement celle-ci peut être altérée sans altération corrélative de celui-là. Mais nos observations nous montrent encore que si nous avons rencontré exclusivement de l'exagération du tact 14 fois, avec un vrai délire de cette personnalité, 14 fois aussi quand il n'y avait que de la *self-satisfaction* physique, par contre 21 fois nous avons relevé son

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 35, t. VI, 1898, p. 376.

affaiblissement manifeste du sens tactile chez des paralytiques qui avaient à un haut degré cette *self-satisfaction*. De même si 8 fois nous avons eu l'abolition avec un délire hypochondriaque dépressif, 8 fois également nous avons eu l'exagération du tact avec ce même délire.

Il serait bien difficile dans ces conditions de ne pas conclure que dans l'immense majorité des cas les altérations expansives ou dépressives de la personnalité physique existent avec un état normal du tact et de ne pas incliner à croire que, quand celui-ci est altéré, il n'y a peut-être que simple coïncidence, d'autant plus qu'on trouve l'altération en moins avec les variétés expansives et l'altération en plus avec les variétés dépressives. Un seul détail est susceptible d'entraîner une certaine hésitation, ce sont les 84 p. 100 d'exagération du tact existant en même temps qu'un trouble de la personnalité physique, mais il ne faut pas oublier que cette altération est surtout fréquente dans les formes agitées et que dans celles-là il y a toujours un état anormal de cette personnalité. D'ailleurs le fait, d'avoir toujours rencontré le tact normal sous toutes les formes mentales dépressives pures et même dans les formes mentales mixtes quand elles ne s'accompagnent pas d'agitation, laissait prévoir les présentes constatations.

Les observations que nous pourrions invoquer sont nombreuses et concluantes. Bornons-nous à en citer quelques-unes. C'est ainsi que le tact était normal chez deux paralytiques qui prétendaient, l'un pouvoir renverser d'un coup de poing une maison de six étages, l'autre porter à bras tendu durant vingt-quatre heures un poids de 500 kilos tandis qu'il était exagéré chez d'autres qui n'avaient qu'une bonne opinion de leur santé. Egalement normal le tact chez un paralytique qui affirmait ne pas pouvoir tenir dans son lit tant son corps était devenu énorme et chez un autre qui durant cinq jours resta immobile, refusant de remuer et répondant à toutes les questions : je suis mort. Par une étrange contradiction, ce dernier indiquait nettement tous les endroits du corps où nous le touchions, sans doute par suite d'une habitude contractée dans les recherches antérieures. Cette même normalité du sens tactile, nous l'avons retrouvée même dans les cas de délire génital, par exemple chez un sujet qui prétendait que le traitement lui avait supprimé la verge et qu'il

n'était plus un homme ; il affirmait que son corps miné était sans force et il réclamait avec instance le système Raspail pour se restaurer. Également chez un second qui avait au contraire la plus haute opinion de ses organes génitaux et de sa virilité ; il pouvait, à l'entendre, déflorer cinq cents vierges au moins par nuit et dans l'état d'érection son gland était aussi volumineux que la tête du gros chat du quartier.

Est-ce à dire que jamais nous n'avons eu occasion de constater une altération du tact coïncidant avec une altération adéquate de la personnalité physique ? Certainement non ; comme les auteurs que nous avons cités, il nous est arrivé de trouver le sens tactile exagéré avec un trouble expansif de cette personnalité, affaibli ou aboli avec un trouble dépressif, mais ce fut l'exception, et étant donnée, je le répète, la masse énorme de cas où le fait ne s'est pas produit et ceux où il s'est produit en sens inverse, je me demande s'il ne s'agit pas de simples coïncidences, non d'un lien de cause à effet. Voici quelques-uns des cas les plus nets que nous ayons constatés :

Le tact était un peu exagéré chez un paralytique qui avait un délire très accusé des forces physiques : il se vantait de tuer un bœuf d'un seul coup de poing, d'étrangler un lion en le serrant dans ses bras et de ne pouvoir écrire qu'avec une queue de billard. Un autre sujet, qui prétendait que tout le côté gauche de son corps ne lui appartenait pas et se livrait sur ce côté à des sévices parfois graves, avait le sens tactile normal sur tout le corps ; ce sens s'exagéra et l'altération de la personnalité physique disparut pour reparaître quand à l'exagération succéda l'abolition. Mais nous avons ici la preuve probable d'une simple coïncidence, permettant d'appliquer le : *ab uno disce omnes*. Le trouble de la personnalité était unilatéral, or l'abolition du tact siégeait des deux côtés. Je citerai encore le cas d'un malade qui eut une aberration étrange, une aberration de poids : il ne pouvait rien supporter sur lui ; la chemise la plus légère pesait au moins vingt kilos, affirmait-il. Quand il était habillé, il déclarait ne pas pouvoir remuer, écrasé par le poids des habits. Le tact resta normal, puis s'exagéra lors d'une crise d'agitation et alors le malade n'eut plus cette bizarre sensation qui d'ailleurs ne reparut plus après le retour du sens tactile à l'état normal.

Que prouvent ces divers faits? Etablissent-ils une relation entre les altérations du tact et les altérations de la personnalité physique? J'en doute fort. Sans doute pris isolés, ils semblent avoir cette signification; mais si on a la patience et la constance de suivre les mêmes malades en assez grand nombre à toutes les périodes de la maladie, on arrive aux constatations rapportées plus haut et qui ne permettent guère d'établir une telle relation.

Serons-nous plus heureux si nous essayons de rapprocher des altérations du tact non plus les altérations de la personnalité physique, mais les sensations subjectives ressenties par les malades dans la peau, engourdissements, fourmillements, décharges électriques, pincements, tiraillements? Nullement. En effet, quinze de nos sujets chez lesquels le sens tactile a pu être bien vérifié ont eu ces sensations subjectives et chez un seul elles ont évolué parallèlement à un affaiblissement de ce sens. Le paralytique qui fait l'objet de cette unique observation se plaignait de fourmillements dans les jambes qui disparurent au fur et à mesure que le tact, très affaibli, revint à l'état normal. Quelques mois après, retour de l'affaiblissement et retour des fourmillements qui se généralisèrent par tout le corps et parurent influencer l'état mental, car le malade passait une grande partie de la journée à se tâter le corps en répétant sans cesse et dans le même ordre ces trois mots : nom de Dieu, merde, empoisonné. Le fait est isolé, car chez nos 14 autres sujets le tact est resté normal; 8 avaient des fourmillements dans les jambes, 3 des pincements et des tiraillements, 2 des décharges électriques dans la peau, un dernier la sensation d'une constriction comme si les membres étaient serrés avec une corde. Des 8 qui eurent le tact normal avec des fourmillements à la peau, il en est un, je dois l'avouer, qui les sentit cesser quand survint de l'anesthésie et c'était sans conteste celui qui ressentit au plus haut degré cette sensation, laquelle était répandue par tout le corps, mais plus spécialement localisée aux genoux que le malade frictionnait durant des heures entières.

La seule concession, en présence de tous ces faits, à laquelle nous nous résignerions serait d'être éclectique et de conclure que dans l'immense majorité des cas il n'y a aucun rapport entre les altérations du tact et les aberrations de la personnalité physique, ainsi que les sensations subjectives de

la peau dans la paralysie générale et qu'un rapport entre ces choses n'est constaté qu'à titre exceptionnel.

On sait combien est fréquente chez les paralytiques l'habitude de se dépouiller de leurs habits; il n'y en a guère qui à un moment ou à un autre de leur maladie on ne soit obligé de rhabiller plusieurs fois par jour, et qui, si on les abandonne à eux-mêmes, ne seraient constamment nus. C'est surtout aux périodes intermédiaires de l'affection paralytique qu'on constate cette bizarre tendance, et le curieux est que les malades sont presque toujours incapables d'en fournir l'explication. On dirait qu'ils se déshabillent sans savoir pourquoi; même ceux qui sont encore en état de renseigner ne fournissent sur ce point aucun éclaircissement. A la troisième période, quand ils sont confinés au lit, ce sont les couvertures et les draps qui les recouvrent que sans cesse ils jettent à terre, ne gardant souvent même pas leur chemise. Le tact serait-il altéré dans ces cas? Dans 208 de nos constatations nous avons noté qu'à ces moments nos sujets ne gardaient pas leurs habits; nous laissons de côté, bien entendu, ceux qui enlèvent leurs vêtements pour les lacérer, ne tenant compte que de ceux qui se déshabillent uniquement pour se mettre nus. Malheureusement de ces 208 constatations il n'en est que 96 qui aient fourni un résultat, quant au tact, 192 fois il nous a été impossible d'arriver à vérifier avec assez de certitude l'état de ce sens.

Or, nos 96 résultats se décomposent : 72 normaux, 6 exagérations, 14 affaiblissements et 4 abolitions. Ces chiffres prouvent surabondamment, il me semble, que la manie qu'ont beaucoup de paralytiques de se déshabiller pour se débarrasser de leurs vêtements comme si ceux-ci les gênaient ne dépend pas d'une altération du tact et est due à d'autres causes.

Que les troubles du tact croissent parallèlement aux troubles de la motilité, c'est ce qui ressort nettement d'un tableau précédent, lequel montre l'augmentation progressive de ces troubles avec le développement de la maladie. Mais aux deux premières périodes de la paralysie générale, à la première surtout il existe une grande différence entre l'état de la motilité des sujets : les uns ont celle-ci très atteinte, d'autres ne présentent de ce côté que des désordres modérés, enfin chez certains l'altération motrice est légère; on trouve

même des sujets gâteux, par conséquent à la deuxième période de l'affection paralytique, avec un minimum de troubles moteurs. Voyons donc si les altérations du sens tactile se développent ici encore en raison directe de la motilité, si on trouve pour les deux premières périodes le parallélisme constaté dans l'ensemble de la maladie. Les deux tableaux qui suivent répondent à cette question par l'affirmative. Certes, dans l'immense majorité des cas nous avons dans nos constatations trouvé le tact normal à la première et à la seconde période, non seulement quand les troubles moteurs sont légers et modérés, mais encore quand ils sont marqués et excessifs; mais il n'est pas moins certain qu'à ces deux premières phases les altérations du sens tactile se sont rencontrées d'autant plus nombreuses que la motilité était plus atteinte. Il suffit, en effet, d'un regard sur nos deux tableaux pour constater la diminution progressive de la normalité du tact à mesure que les troubles moteurs sont plus accusés et la marche croissante de l'anormalité avec l'accentuation de ceux-ci. Il est même remarquable que c'est surtout avec les troubles moteurs excessifs que l'écart est fortement accentué. Le fait est surtout frappant à la première période. Si on envisage les troubles légers et modérés de la motilité à cette phase, on ne trouve pour les altérations du sens tactile qu'une différence de 1 p. 100; entre les troubles modérés et les troubles marqués l'écart est un peu plus accusé, 2 p. 100; mais entre les troubles marqués et excessifs on voit cet écart 'élever brusquement à 11 p. 100. A la seconde période les écarts sont, selon le degré d'altération de la motricité, de 8 p. 100, 5 p. 100 et 7 p. 100.

Ajoutons à cela que c'est seulement à la seconde période et avec les troubles excessifs de la motilité que nous constatâmes l'abolition tandis que l'exagération se rencontra de préférence non seulement à la première période, mais encore chez les paralytiques dont les troubles moteurs n'étaient pas excessifs. De cet ensemble de constatations il appert nettement, je crois, que les altérations du sens tactile aux deux premières périodes de la paralysie générale sont l'apanage des sujets à troubles moteurs accusés.

Voir nos deux tableaux détachés, ci-contre.

Plusieurs auteurs, avons-nous vu plus haut, seraient assez disposés à croire que les troubles du tact chez les paralytiques

Première période.

	LÉGERS	MODÉRÉS	MARQUÉS	EXCESSIFS	TOTAL
Normal	231 soit 94 p. 100	182 soit 93 p. 100	350 soit 91 p. 100	42 soit 80 p. 100	805
Exagération	7 soit 3 —	7 soit 3,5 —	15 soit 3,6 —	0 soit 0 —	29
Affaiblissement.	8 soit 3 —	7 soit 3,5 —	22 soit 5,4 —	7 soit 20 —	44
Abolition	0 soit 0 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	0
Total.	246	196	387	49	878

Deuxième période.

	LÉGERS	MODÉRÉS	MARQUÉS	EXCESSIFS	TOTAL
Normal	35 soit 100 p. 100	77 soit 92 p. 100	91 soit 87 p. 100	84 soit 80 p. 100	287
Exagération	0 soit 0 —	7 soit 8 —	0 soit 0 —	7 soit 6,5 —	14
Affaiblissement.	0 soit 0 —	0 soit 0 —	14 soit 13 —	0 soit 0 —	14
Abolition.	0 soit 0 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	14 soit 13,5 —	14
Total.	35	84	105	105	329

	SYPHILITIQUES	ALCOOLIQUES	SYPHILITIQUES et ALCOOLIQUES	TRAUMATIQUES	AUTRES CAUSES	TOTAL
Normal.	532 soit 90 p. 100	175 soit 69 p. 100	175 soit 96 p. 100	28 soit 100 p. 100	203 soit 100 p. 100	1.113
Exagération . . .	43 soit 7 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	43
Affaiblissement. .	16 soit 3 —	49 soit 29 —	7 soit 4 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	72
Abolition. . . .	0 soit 0 —	28 soit 11 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	28
Total. . .	591	252	182	28	203	1.256

généraux ne seraient pas le fait de la paralysie générale elle-même, mais la conséquence d'un élément surajouté : alcool, syphilis, névrose ou affection médullaire. Comme nous avons eu soin de choisir des paralytiques généraux exempts de toute complication névrosique ou médullaire, nous sommes certains que les troubles de leur sens tactile ne provenaient pas de ces deux causes. Les devaient-ils à un élément étiologique spécial, alcool, syphilis, traumatisme cranien? Avec raison, a-t-on soutenu, la paralysie générale ne relève pas d'un facteur unique. Plusieurs causes concourent à l'engendrer. Sans insister sur ce point dont la discussion ne serait pas ici à sa place, nous avons rangé nos 108 paralytiques en cinq groupes différents que donne le tableau ci-contre avec les diverses altérations du tact réparties selon ces groupes.

Ce tableau est très instructif, il nous apprend cinq choses. En premier lieu nous constatons que dans l'immense majorité des cas le tact reste normal quelles que soient les causes qui ont concouru à la genèse de la paralysie générale, mais aussi que seuls les paralytiques généraux syphilitiques ou alcooliques présentent des altérations de ce sens. En dehors de ces deux éléments, dans toutes nos constatations nous avons relevé la normalité du tact. Il est difficile

avec de telles constatations de ne pas reconnaître à la syphilis et à l'alcool une part tout au moins prépondérante dans le développement de ces altérations ; je dis prépondérante et non pas exclusive, car nous avons vu plus haut que les troubles du sens tactile croissent parallèlement aux progrès de la maladie. Si ces deux éléments étiologiques étaient tout, l'alcool surtout, c'est la marche inverse que nous aurions trouvée : le maximum des altérations se rencontrerait à la première période et le minimum à la phase dernière de la maladie ; il est certain que le paralytique général est beaucoup moins alcoolisé à la troisième période qu'à la période initiale. J'estime en conséquence qu'il y a pour ce motif une part à accorder à la maladie.

Notre tableau établit en troisième lieu que dans les constatations opérées on rencontre plus souvent les altérations du tact chez les paralytiques alcooliques que chez les paralytiques syphilitiques ; la différence en faveur de ceux-ci est de 21 p. 100. Ce fait confirme le rôle joué par ces deux éléments, car on sait la fréquence des troubles du sens tactile chez les buveurs. En quatrième lieu nous noterons ce fait intéressant que les altérations en plus sont particulières aux syphilitiques et les altérations en moins aux alcooliques. En effet, chez les premiers nous n'avons jamais relevé d'abolition et seulement un chiffre minime d'affaiblissement tandis que ce sont les seconds qui ont présenté toutes les abolitions avec 20 p. 100 d'affaiblissement et pas une seule exagération. Un cinquième et dernier détail auquel on ne s'attendrait pas est l'absence à peu près complète de troubles du tact chez les paralysés généraux qui ont à la fois à leur actif la syphilis et l'alcool. A priori on aurait cru que l'association de ces deux éléments aurait pour résultat d'accroître le nombre des altérations de ce sens. Or, dans notre tableau à la colonne consacrée à cette association il n'y a ni exagération ni abolition, mais seulement 4 p. 100 d'affaiblissement. On dirait que ces deux éléments, dont la caractéristique d'altération est opposée, se neutralisent l'un et l'autre. Ce fait que nous trouvons pour le tact d'une perturbation en plus chez les paralysés généraux syphilitiques et en moins chez les paralysés généraux alcooliques a d'ailleurs déjà été signalé pour les réflexes dans cette maladie[1].

[1] Voir à ce sujet les quatre mémoires que nous avons déjà publiés sur

Il nous reste à nous demander si les altérations du tact peuvent être de quelque utilité pour reconnaître la maladie et en prévoir l'évolution, de quelque secours en un mot pour le diagnostic et le pronostic.

En ce qui concerne le diagnostic, les troubles du sens tactile que nous venons d'étudier n'apportent pas grande aide, car ce sont ceux de la maladie confirmée. Il est une seule altération du tact qui serait réellement utile : c'est celle signalée par mon oncle, le Dr du Crozant dont nous avons parlé plus haut et qui permettrait de reconnaître la maladie avant l'apparition des troubles moteurs.

Mes constatations tendent ensuite à établir que les paralysés généraux, dans lesquels on constate à la première période des troubles du tact, n'auront ni une marche aiguë ni une longue évolution de leur maladie; il semble que ces troubles seront l'apanage de ceux dont la maladie est destinée à évoluer dans les limites habituelles. En effet, nos sujets, qui présentèrent à la première période les altérations du tact relevées dans nos constatations, étaient au nombre de douze ; or, l'affection paralytique a eu pour deux une durée d'un an, un an et demi, deux ans et deux ans et demi; et pour quatre une durée de trois ans, ce qui donne une moyenne de deux ans et deux mois environ. Il ne nous a pas semblé que la nature des altérations rencontrées comportât un élément de pronostic; nous voyons, il est vrai, deux malades avec de l'altération en plus survivre trois ans, mais la même survie est constatée pour deux autres avec de l'altération en moins, tandis que deux chez qui le tact fut successivement diminué et exagéré, la durée de la maladie a été de deux ans et demi. Quant aux six restant, qui, tous, présentèrent l'altération exclusivement en moins, leur maladie a évolué en un an, un an et demi et deux ans, chacune de ces évolutions pour deux d'entre eux.

Tels sont les résultats que nous avons obtenus par une étude suivie du sens tactile chez les mêmes paralysés généraux du début à la terminaison de la paralysie. Ils apportent,

les réflexes étudiés chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale : *Crémastérien* in *Archives de physiologie*, 1895 ; — *Pharyngien* in *ibidem*, 1897 ; — *Patellaire* in *Arch. Médic. Psycho.*, 1898 ; — *Evolution comparée* de ces trois réflexes in *Bulletin de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, 1897.

croyons-nous, quelques faits nouveaux, précisent certains autres contestés ou douteux, et surtout fournissent des appréciations basées sur des chiffres tirés d'un très grand nombre de constatations effectuées chez les mêmes malades à toutes les phases de la maladie. Nous les résumerons dans les conclusions suivantes :

I. — En suivant les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale, nous avons réussi dans 70 p. 100 de nos recherches relatives à la constatation de l'état du tact. Nos échecs ont été d'autant plus nombreux que la maladie était à une phase plus avancée : 3 p. 100 à la première période, 15 p. 100 à la seconde, 57 p. 100 à la troisième.

II. — Nous n'avons trouvé le tact altéré que dans la proportion de 12 p. 100 de nos constatations au maximum.

III. — Les altérations que nous avons rencontrées ont toujours été des altérations simples : exagération, affaiblissement, abolition, retard chez les paralysés généraux purs, exempts de toute complication, nous n'avons jamais constaté aucune espèce de paresthésie.

IV. — Les altérations du tact par nous rencontrées chez les paralysés généraux purs, exempts de toute complication, ont toujours été des altérations généralisées, jamais localisées.

V. — Des altérations constatées, la plus rare a été l'exagération (1,5 p. 100) et la plus fréquente, l'affaiblissement (6 p. 100) ; entre les deux se placent l'abolition (2,2 p. 100), et le retard (1,8 p. 100) ; ce dernier, le plus souvent associé à un état normal du tact, plus rarement avec de l'affaiblissement, jamais avec l'exagération.

VI. — Nous avons noté dans l'affaiblissement et l'exagération des degrés divers : léger, modéré, marqué ; mais que le sens tactile fut altéré en plus ou en moins, ce sont toujours les degrés légers qui ont été les plus rares.

VII. — Nous avons vérifié la progression croissante de l'état anormal du tact avec les progrès de la maladie ; rares à la première période, une fois moins rares à la seconde, les altérations du sens tactile ont été notées dans plus de la moitié des constatations à la phase ultime.

VIII. — D'après nos constatations parmi les anomalies du sens tactile, l'exagération et le retard d'un côté, l'abolition de l'autre se montrent en sens inverse aux diverses périodes de la paralysie générale ; les deux premiers, avec leur maximum de fréquence à la première période, deviennent de plus en plus rares avec les progrès de la maladie pour disparaître complètement à la troisième période, tandis que celle-ci, au contraire, tout à fait absente à la phase initiale, augmente de fréquence à mesure que l'affection paralytique marche pour atteindre son maximum à la période terminale. Quant aux affaiblissements, leur marche s'est relevée plus capricieuse et paraît échapper à toute règle fixe ; il en a été de même pour les divers degrés des altérations.

IX. — Nous avons toujours trouvé le tact normal lors des rémissions à l'inverse de ce que nous avons souvent constaté pour les réflexes.

X. — Nous avons rencontré le sens tactile beaucoup plus souvent altéré d'une manière générale dans les phases d'agitation que dans les phases de calme, soit trois fois plus.

XI. — Contrairement à notre attente, nous avons toujours noté l'état normal du tact dans les formes purement dépressives avec conception délirantes exclusivement hypochondriaques. Quant à celles-ci s'associent d'autres conceptions delirantes expansives, si le sujet était calme, le tact restait normal et ne s'est jamais altéré que lors des crises d'agitation.

XII. — Durant les périodes de calme, nous n'avons jamais relevé ni exagération ni abolition ; ces deux troubles n'ont été notés que durant les crises d'agitation, tandis que l'affaiblissement a été constaté quel que fût l'état des malades.

XIII. — C'est dans la forme expansive que les troubles du tact sont les plus fréquents, d'après nos constatations ; ensuite viendrait la forme mixte agitée, et enfin la forme démentielle, tandis que, dans les formes purement dépressives et mixte calme ainsi que dans les rémissions, le tact a toujours été trouvé normal.

XIV. — Dans l'immense majorité des cas, le tact a été trouvé normal avec les altérations soit expansives, soit dépressives de la personnalité physique, et aussi avec les sensations subjectives ressenties dans la peau par les malades ;

c'est seulement à titre tout à fait exceptionnel qu'un rapport a été constaté entre ces divers états délirants et les altérations du sens tactile.

XV. — Il ne nous a pas été possible de constater un rapport entre les états du tact et l'habitude qu'ont beaucoup de paralytiques de se dépouiller de leurs vêtements comme si ceux-ci les incommodaient.

XVI. — Les altérations du sens tactile aux deux premières périodes de la maladie ont été constatées de beaucoup le plus souvent chez les sujets dont les troubles moteurs étaient les plus accusés.

XVII. — Dans l'immense majorité des cas, le tact a été trouvé normal, quelles que fussent les causes de la maladie ; toutefois les altérations de ce sens n'ont jamais été constatées en dehors de l'alcoolisme et de la syphilis. Elles ont été plus fréquentes chez les alcooliques paralytiques que chez les paralytiques syphilitiques ; en outre, celles en moins sont plus spéciales aux premiers et celles en plus aux seconds, tandis que l'état normal fut habituel chez les sujets porteurs de ces deux éléments étiologiques.

XVIII. — Il est une seule altération du tact qui serait d'un grand secours pour le diagnostic précoce de la paralysie générale, c'est l'anesthésie transitoire précédant les troubles moteurs que signala le Dr de Crozant ; mais ce fait intéressant ne peut être recherché qu'en dehors des asiles.

XIX. — Les altérations du tact que nous avons constatées semblent indiquer, quand elles existent à la première période, à en juger par l'évolution de nos cas, que la marche de la paralysie générale ne sera ni suraiguë ni à longue évolution ; elles comporteraient le pronostic d'une évolution moyenne. celle la plus habituelle, de deux ans à deux ans et demi, quelle que soit la nature de l'altération, en plus ou en moins.

RECUEIL DE FAITS.

CONDITIONS BIOLOGIQUES DES FAMILLES DES ÉPILEPTIQUES;

Par le Dr GASTON BÉCHET,
Ex-interne des asiles de la Seine.

J'ai eu l'occasion d'étudier dans ma thèse inaugurale les conditions biologiques des familles des paralytiques généraux. Aujourd'hui, je me propose de faire le même travail pour les familles d'épileptiques, d'après une méthode identique. Quarante familles d'épileptiques ont été étudiées avec le plus grand soin pendant notre année d'internat à Ville-Evrard. Si quelque erreur, inhérente à tout travail de ce genre, s'est glissée dans cette étude, nous croyons néanmoins serrer la vérité d'aussi près que possible. Nous étudierons les familles des épileptiques aux quatre points de vue suivants : 1° Longévité ; 2° Natalité ; 3° Vitalité ; 4° Morbidité. Ce plan du reste ne nous appartient pas. Nous l'avons emprunté à MM. Ball et Régis qui dans le journal *l'Encéphale*, 1883, ont fait paraître une série d'articles sur le même sujet.

PREMIÈRE PARTIE

A. LONGÉVITÉ. — *Première génération* (*grands-parents*).

Sur les 160 grands-parents appartenant aux 40 familles d'épileptiques que nous avons étudiées, 25 nous sont restés complètement inconnus.

Des 135 sur lesquels nous avons obtenu des renseignements 5 sont encore vivants, 130 sont morts. L'âge moyen de ces 130 grands-parents, pris au moment de leur décès, est de 69 ans. En séparant les grands-parents du côté paternel de ceux du côté maternel, on trouve : du côté paternel, 30 grands-pères donnant comme moyenne d'âge, au moment

de leur mort, 67 ans et 32 grand'mères donnant, elles, 72 ans, ce qui porte la moyenne pour l'ensemble des grands-parents du côté paternel à 69 ans et demi.

Du côté maternel, 35 grands-pères donnant comme moyenne d'âge au moment de leur mort 69 ans, 38 grand'mères donnant 68 ans, ce qui porte la moyenne pour l'ensemble des grands-parents du côté maternel à 68 ans et demi. En séparant les grands-parents du sexe masculin des grands-parents du sexe féminin, on trouve, pour les grands-parents du sexe masculin, 30 grands-pères paternels donnant 67 ans, 35 grands-pères maternels donnant 69 ans, en moyenne 68 ans. Les grands-parents du sexe féminin se répartissent en 32 grand'mères paternelles donnant 72 ans, et 38 grand'mères maternelles donnant 68 ans, ce qui porte leur moyenne d'ensemble à 70 ans.

Résumons ces résultats :

Age moyen des grands-parents réunis, 69 ans.

Côté paternel.

Grands-pères	67	69 ans 1/2.
Grand'mères	72	

Côté maternel.

Grands-pères	69	68 ans 1/2.
Grand'mères	68	

Grands-parents masculins.

Grands-pères paternels	67	68 ans.
Grands-pères maternels	69	

Grands-parents féminins.

Grand'mères paternelles	72	70 ans.
Grand'mères maternelles	68	

En se plaçant à un point de vue moins général, on trouve que sur les 130 grands-parents, il a existé :

Nonagénaires	7
Octogénaires	28
Septuagénaires	54
Sexagénaires	19
Quinquagénaires	11
Quadragénaires	6
Trentenaires	5

Deuxième génération (parents).

Sur les 80 parents d'épileptiques, 37 sont encore vivants à l'heure actuelle, 42 sont morts, 1 nous est resté inconnu. Les 42 morts se répartissent de la façon suivante : 25 pères donnant au moment de leur mort 55 ans, 17 mères donnant 45 ans ; soit ensemble 50 ans.

On y trouve :

Octogénaires	1
Septuagénaires	3
Sexagénaires	7
Quinquagénaires	11
Quadragénaires	12
Trentenaires	6
Au-dessous de trente ans	2

Les 37 parents encore vivants se répartissent ainsi :

14 pères dont l'âge moyen est de 61 ans.
23 mères dont l'âge moyen est de 59 ans.

Soit ensemble 60 ans. On trouve sur ces 37 parents :

Nonagénaires	1
Septuagénaires	9
Sexagénaires	10
Quinquagénaires	12
Quadragénaires	4
Trentenaires	1

Chez les familles normales qu'ils ont étudiées, MM. Ball et Régis trouvent un âge moyen de 65 ans et demi pour les grands-parents décédés, de 57 ans pour les parents morts.

La durée de la vie dans les familles d'épileptiques diffère donc *d'une manière sensible* de celle observée dans les familles normales, à la seconde génération tout au moins ; la moyenne pour les familles normales étant de 57 ans, et pour celles des épileptiques seulement de 50.

DEUXIÈME PARTIE

B. NATALITÉ. — *Deuxième génération (oncles, tantes, pères, mères).*

Dans nos 40 familles d'épileptiques, nous avons pu obte-

nir les renseignements les plus précis sur le nombre d'individus issus des grands-parents, c'est-à-dire sur le nombre d'individus nés dans la deuxième génération. Le nombre est de 305, ce qui donne comme moyenne pour chaque famille, le chiffre de 7,62.

Il existait	2	individus dans	2	familles
—	3	—	1	—
—	4	—	5	—
—	5	—	4	—
—	6	—	7	—
—	8	—	2	—
—	10	—	3	—
—	11	—	2	—
—	14	—	2	—
—	15	—	3	—
—	19	—	1	—

Troisième génération (frères et sœurs).

Sur nos 40 familles d'épileptiques, nous avons trouvé 245 individus à la troisième génération, c'est-à-dire 245 frères et sœurs des malades, eux compris, ce qui donne comme moyenne 6,12 pour chaque famille. Le détail pour chaque famille est le suivant :

Il existait	1	individu dans	3	familles.
—	2	—	6	—
—	3	—	6	—
—	4	—	2	—
—	5	—	6	—
—	6	—	2	—
—	7	—	2	—
—	8	—	2	—
—	10	—	1	—
—	11	—	3	—
—	12	—	3	—
—	13	—	3	—
—	14	—	1	—

Quatrième génération (enfants).

Sur nos 40 épileptiques, nous avons trouvé :

14 célibataires et 26 mariés.

Ces 26 mariés ont ensemble 30 enfants, soit une moyenne de 1,16 chacun. Dans cette deuxième partie de notre étude, nous remarquons qu'à la deuxième et troisième génération,

la moyenne est plus élevée que dans les familles normales. Dans ces dernières, en effet, cette moyenne est seulement de 4,38, d'après MM. Ball et Régis. Par contre, à la quatrième génération, le chiffre moyen étant de 2,73 dans chaque famille normale, il tombe à 1,16 dans la famille des épileptiques. Nous pouvons donc conclure : Les épileptiques appartiennent à des familles dont l'énergie de reproduction est considérable, notablement supérieure à celle des familles normales. Mais par contraste, la puissance reproductive de leurs ascendants et de leurs collatéraux, fléchit brusquement chez eux pour tomber à un niveau sensiblement inférieur à celui de la moyenne des familles normales ; les épileptiques tendent à la stérilité.

TROISIÈME PARTIE

C. VITALITÉ. — *Troisième génération (parents).*

Sur les 80 parents des épileptiques que nous étudions, 1 nous est resté inconnu, 42 sont morts et 37 vivants. Soit 53,16 p. 100 morts et 46,83 p. 100 vivants.

Dans les familles normales, MM. Ball et Régis donnent : 57 p. 100 morts et 42,5 p. 100 vivants.

Les 42 morts se composent de 25 pères et de 17 mères. Les 37 vivants se composent de 14 pères et de 23 mères. Soit 37,83 p. 100 pères vivants et 62,16 p. 100 mères vivantes.

Dans les familles normales, nous trouvons : 31 p. 100 pères vivants et 54 p. 100 mères vivantes.

Troisième génération (frères et sœurs).

Sur les 245 individus nés à la troisième génération, épileptiques compris, 105 sont morts à l'heure actuelle et 140 vivants, soit : 42,85 p. 100 morts et 57,14 p. 100 vivants. Les 105 morts se répartissent de la façon suivante au point de vue de l'âge auquel ils ont succombé.

Mort-nés ou par fausses couches		3
Morts de	0 à 3 ans	36
—	3 à 10 ans	39
—	10 à 20 ans	16
—	20 à 30 ans	5
—	30 à 50 ans	6

Soit sur 245 frères et sœurs, épileptiques compris :

Mort-nés ou par fausses couches	1,22	p. 100.
Morts de 0 à 3 ans.	14,69	—
— 3 à 10 ans.	15,92	—
— 10 à 20 ans.	6.53	—
— 20 à 30 ans.	2,04	—
— 30 à 50 ans.	2,44	—

et sur les 105 morts :

Mort-nés ou par fausses couches.	2,85	p. 100.
Morts de 0 à 3 ans	34,28	—
— 3 à 10 ans.	37,14	—
— 10 à 20 ans.	15,23	—
— 20 à 30 ans.	4,76	—
— 30 à 50 ans.	5,71	—

Pour les familles d'individus normaux, MM. Ball et Régis donnent :

Mort-nés ou par fausses couches	6,66	p. 100.
Morts de 0 à 3 ans.	42,66	—
3 à 10 ans.	18,68	—
10 à 20 ans.	5,33	—
20 à 30 ans.	17,33	—
30 à 50 ans.	9,33	—

De 0 à 20 ans, il meurt donc :

Dans les familles d'épileptiques	86,65	p. 100.
— — normales	66,67	—

Quatrième génération (enfants).

Sur les 40 épileptiques dont nous étudions les familles, nous avons trouvé 14 célibataires et 26 mariés. Ces 26 mariés avaient ensemble 30 enfants. Sur ces 30 enfants, 19 sont morts et 11 vivants, soit :

Morts.	63,33	p. 100.
Vivants.	36,66	—

Les 19 morts se répartissent de la façon suivante au point de vue de l'âge auquel ils ont succombé :

Mort-nés ou par fausses couches.	7
Morts de 0 à 3 ans.	7
— 3 à 10 ans	5

Soit :

Mort-nés ou par fausses couches.	36,84 p. 100.
Morts de 0 à 3 ans.	36,84 —
— 3 à 10 ans.	26,31 —

Dans les familles d'individus normaux, MM. Ball et Régis ont obtenu :

Mort-nés ou par fausses couches	15,90 p. 100.
Morts de 0 à 3 ans.	52,27 —
— 3 à 10 ans.	15,30 —

En comparant ces différentes moyennes, nous pouvons conclure que la vitalité est moindre dans les familles d'épileptiques que dans les familles normales à la troisième comme à la quatrième génération.

QUATRIÈME PARTIE

D. Morbidité.

Pour l'étude de la morbidité, nous nous sommes servis du tableau de MM. Ball et Régis. C'est là peut-être la partie la plus importante de notre travail. Nous y voyons que, sur 690 individus, 76 nous sont restés inconnus.

203 sont vivants, 411 sont morts.

Sur ces 411 morts, les maladies de l'appareil respiratoire en réclament 136 parmi lesquels 53 morts de phtisie pulmonaire. Viennent ensuite les maladies rangées sous la rubrique vieillesse et qui figurent pour 98, puis, immédiatement après, les affections cérébrales et médullaires avec 84. Remarquons que ce qui élève le chiffre de ce dernier groupe, c'est le nombre important de frères, de sœurs et d'enfants d'épileptiques morts en bas âge de méningite ou de convulsions : 65. Au contraire, les névroses et la folie se trouvent placées au bas de l'échelle : 11 seulement. Ce dernier résultat est en contradiction avec celui qu'ont obtenu MM. Ball et Régis, les affections nerveuses tenant la seconde place dans leur statistique et venant immédiatement après les maladies de l'appareil respiratoire. De l'ensemble des résultats obtenus, nous pouvons conclure :

Les maladies pulmonaires, la phtisie en particulier, sont fréquentes chez les ascendants des épileptiques. Les convul-

sions, la méningite sont fréquentes chez leurs descendants.

Les névroses et la folie sont, d'après nos recherches, remarquablement rares dans les familles des épileptiques. Ces résultats confirment, on le remarquera, l'opinion bien connue de Lasègue, que l'épilepsie n'est pas héréditaire.

Conclusions générales. — 1° La durée de la vie ou longévité est sensiblement inférieure chez les ascendants des épileptiques à celle que présentent les familles normales.

2° La moyenne des naissances ou natalité est plus élevée dans les familles d'épileptiques que dans les familles normales. Les épileptiques appartiennent généralement à des familles nombreuses. Mais, par contraste, si les épileptiques sont susceptibles d'engendrer, tout comme les individus normaux, cette puissance reproductive tombe à un niveau sensiblement inférieur à celui de la moyenne des familles normales. Les épileptiques tendent à la stérilité.

3° La puissance de vie ou vitalité est beaucoup inférieure dans les familles d'épileptiques à celle qu'on trouve dans les familles normales. L'époque de la vie où la vitalité est le moins forte, est le bas âge dans les familles d'épileptiques comme dans celles d'individus normaux. Mais ce défaut de vitalité en bas âge s'accuse d'une façon notable chez les épileptiques.

4° La morbidité, c'est-à-dire la fréquence des diverses maladies dans les familles d'épileptiques présente des caractères bien spéciaux. Les maladies pulmonaires, la phtisie en particulier, sont très fréquentes chez les ascendants des épileptiques. Les affections cérébrales, la méningite en particulier, se rencontrent souvent chez leurs descendants. Les névroses et la folie sont d'après nos recherches, remarquablement rares dans les familles des épileptiques. Ces résultats confirment l'opinion bien connue de Lasègue, que l'épilepsie n'est pas héréditaire.

MORBIDITÉ

	Grands-parents	Oncles et tantes paternels.	Mères.	Oncles et tantes maternels.	Pères.	Frères et sœurs.	Enfants.	Total.		
Vivants	5	33	14	17	23	100	11	203	Vivants	203
Inconnus	25	30	1	20	»	»	»	76	Inconnus	76
Mort-nés	»	»	»	»	»	2	7	9	Mort-nés ou d'affections inconnues.	10
Morts d'affections inconnues	1	»	»	»	»	»	»	1		
— de 0 à 3 ans	»	»	»	»	»	»	»	»		
— au-dessus	»	»	»	»	»	»	»	»		
Vieillesse, enfance	30	10	»	13	»	»	»	62	Vieillesse. Affections chirurgicales. Débilité.	98
Accidents, affections chirurgicales	4	6	3	2	2	6	»	23		
Débilitation, misère	»	»	»	»	»	»	»	»		
Rachitisme, athrepsie	»	1	»	»	»	9	3	13		
Convulsions, méningite	»	»	»	»	»	38	7	65	Affections cérébrales et médullaires.	84
Apoplexie, affections cérébrales indéterminées	7	»	3	»	»	»	»	10		
Paralysie infantile	»	»	»	»	»	»	»	»		
Paraplégie	7	2	»	»	»	»	»	9		

Hystérie	»	»	»	»	1	»	»	1	Névrosisme Névrose Suicide, folie.	11
Epilepsie	1	»	»	1	»	»	»	2		
Suicide	1	»	»	»	»	»	»	1		
Chagrins, émotions	»	»	»	»	»	»	»	»		
Folie	1	1	»	2	»	1	»	7		
Affections cardiaques	1	2	»	»	1	»	»	5	Affections de l'appareil circulatoire.	21
Anévrisme	1	1	1	2	»	»	»	5		
Hydropisie	1	3	1	5	1	»	»	11		
Phtisie	18	4	3	17	8	13	»	53	Affections de l'appareil respiratoire.	136
Affections pulmonaires	35	12	7	16	2	4	»	76		
Angine, croup, asthme	3	»	»	4	»	»	»	7		
Affections de la vessie	»	»	1	»	»	»	»	1	Affections de l'appareil digestif.	23
Albuminurie. Rétention d'urine	2	»	1	»	»	1	»	4		
Affections intestinales diverses	2	6	»	10	»	»	»	18		
Alcoolisme	2	1	»	»	»	»	»	3	Maladies générales.	13
Syphilis	»	1	»	»	»	»	»	1		
Goutte	»	»	»	»	»	»	»	»		
Rhumatisme	»	»	»	»	»	»	»	»		
Cancer	3	1	»	2	2	1	»	9		
Scrofules	»	»	»	»	»	»	»	»		
Impaludisme	»	»	»	»	»	»	»	»		
Scarlatine, variole	»	»	1	»	»	7	2	10	Fièvres éruptives Maladies contagieuses.	15
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	2	»	2		
Choléra	1	»	2	»	»	»	»	3		
TOTAL	160	114	40	111	40	205	30	690		690

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

IV. **Les dermatophobies**; par M. G. Thibierge. (*Presse médicale*, 9 juillet 1898.)

Parmi les troubles nerveux dont le point de départ réside dans l'appareil cutané, il en est qui rentrent dans la classe des phobies. Ces désordres physiques, réunis sous la dénomination générale de dermatophobies, ne se développent que chez des sujets tarés au point de vue cérébral, chez des nerveux, des neurasthéniques, des hystériques et surtout des dégénérés. Ils consistent essentiellement en des craintes excessives provoquées, le plus souvent par l'existence de lésions cutanées, et quelquefois mais rarement par la possibilité du développement de celles-ci. Les affections cutanées qui engendrent le plus souvent et le plus facilement des phobies sont les affections parasitaires, celles qui peuvent faire craindre aux malades d'être atteints d'une affection parasitaire, et celles qui occupent le visage ou les organes génitaux. Parmi les parasitophobies, l'acarophobie ou crainte de la gale occupe la première place. Certains cas de dermatophobie dus à la présence de rougeurs sur le visage ou à la peur de voir des taches rouges se développer dans cette région, doivent être distingués de troubles provoqués par la crainte de la congestion faciale (érythrophobie de MM. Pitres et Régis); ceux-ci, en effet, ne dépendent pas d'une affection cutanée, mais sont la conséquence de l'exagération d'un phénomène émotif. La trichophobie, spéciale à la femme et provoquée par une hyperthricose réelle ou par la crainte de cette dernière affection, au visage ou sur toute autre partie du corps, mérite d'être mentionnée; il en est de même de la crainte de la chute des cheveux, de la peladophobie. L'herpès génital est de toutes les lésions des organes génitaux externes, celle qui engendre le plus souvent des phobies; l'état mental des malades qui en sont atteints, est caractérisé surtout par des tendances mélancoliques et de la syphiliphobie. Comme toutes les phobies et obsessions, les dermatophobies présentent dans leur intensité, leur gravité et leur signification pronostique de nombreuses variétés. Chez certains sujets, qui se rangent dans la classe des dégénérés, l'obsession cutanée n'apparaît que comme un épiphénomène d'un état psychique grave, relevant de l'aliénation mentale.

Parmi les conditions susceptibles de modifier le pronostic de ces

dermatophobies, il faut signaler l'état psychique de l'entourage des malades; cet élément joue un rôle prépondérant dans la production des cas de dermatophobie à deux ou à plusieurs et de phobie altruiste (sous ce dernier terme, l'auteur désigne les faits dans lesquels une mère névropathique est obsédée par la crainte justifiée ou non du développement d'une lésion cutanée sur le visage de sa fille, obsession qu'elle peut arriver à faire partager par cette dernière).

M. Thibierge recommande d'associer le traitement des lésions cutanées existantes et des troubles fonctionnels réels, au traitement moral, à la suggestion à l'état de veille par le raisonnement seul ou aidé de la suggestion médicamenteuse. Il n'a pas expérimenté la suggestion hypnotique. Les toniques peuvent être prescrits utilement, mais, dans tous les cas, il faut traiter par des médications appropriées, antineurasthéniques, nervins, hydrothérapie, le système nerveux ébranlé des malades. A. Fenayrou.

V. Note sur les délires d'auto-intoxication et d'infection ; par M. E. Régis. (*Presse médicale*, 3 août 1898.)

L'auteur a résumé lui-même ce travail dans ses conclusions ainsi formulées : 1° les délires toxi-infectieux ou auto-toxiques sont analogues aux délires exo-toxiques, dont le délire alcoolique est le type; 2° ces délires ont tous pour formule clinique la *confusion mentale*, sous l'une quelconque de ses variétés ; 3° le délire toxi-infectieux, au moins dans sa forme habituelle de confusion mentale subaiguë, est, comme le délire alcoolique, un *délire de rêve ou onirique;* 4° ce rêve délirant n'appartient pas au sommeil normal, mais au sommeil pathologique. Il constitue, par ses caractères, un véritable accès de *somnambulisme;* 5° l'hypnose, lorsqu'elle est possible chez les individus atteints de délire toxi-infectieux, permet de leur rendre le souvenir, en général, plus ou moins perdu de leur crise, et, parfois même, les replonge spontanément dans leur délire; 6° la suggestion peut également être employée thérapeutiquement chez ces malades. Elle paraît réussir surtout dans les cas où, à la suite d'auto-intoxications et d'infections intenses, persistent des idées délirantes isolées et fixes, puisées, comme chez beaucoup d'hystériques, dans le subconscient du rêve somnambulique ; 7° le délire onirique correspond très probablement, dans tous les cas, à une intoxication, et semble en être la caractéristiqae clinique.

A. Fenayrou.

VI. Les formes atténuées de la folie périodique ; par le Dr Hoche.

Entre les formes graves de la folie périodique et les oscillations physiologiques de l'équilibre psychique se rencontrent des formes

de transition qui constituent des formes plus ou moins atténuées de la folie périodique.

Les individus atteints de ces formes atténuées de la folie périodique ne sont pour ainsi dire jamais traités dans un asile d'aliénés et sont à peine considérés comme malades. C'est dire que c'est surtout au médecin de famille qu'incombe le diagnostic, la thérapeutique et surtout la prophylaxie de ces formes mentales. Ces dernières, qui se rencontrent toujours sur un terrain dégénéré, ne sont pas moins dangereuses pour la descendance que les formes sévères ; elles le sont même davantage car, en raison de l'insignifiance apparente des symptômes, elles ne sont pas considérées, à l'origine, comme un obstacle au mariage.

Toute dépression mélancolique ou agitation maniaque survenant pour la première fois peut devenir une maladie périodique ; cette possibilité s'accentue lorsqu'il existe une lourde hérédité nerveuse.

Un début rapide, une intensité modérée des symptômes, une guérison en apparence subite indiquent un caractère périodique. Une crise de dépression mélancolique légère et de courte durée survenant comme premier désordre psychique chez un adolescent, est particulièrement suspecte d'être la première phase d'une folie circulaire.

En général, une agitation maniaque peu intense se guérissant rapidement chez un jeune homme n'est pas une folie circulaire, mais peut être suivie d'autres crises d'agitation maniaque. Lorsque les alternatives d'excitation et de dépression surviennent entre quarante et cinquante ans, surtout chez un homme, elles peuvent faire penser à un début de paralysie générale. Le pronostic des désordres mentaux périodiques est favorable en tant que terminaison de la crise, mais défavorable pour l'ensemble des crises.

La thérapeutique n'offre que bien peu de ressources ; mais le devoir du médecin est de s'attacher le plus tôt possible à la prophylaxie et, dans ce but, de s'opposer au mariage des nerveux, des hystériques, des épileptiques, surtout lorsque les deux parties sont suspectes.

Dans l'enfance, la prophylaxie médicale constituera dans un traitement préventif des désordres nerveux et mentaux.

Lorsque surviendra la première crise, le traitement devra être institué sur l'heure.

En dernier lieu, l'auteur insiste sur les difficultés que peuvent présenter ces états atténués, au point de vue médico-légal. (*The alienist and neurologist*, avril 1898.) E. B.

VII. Diagnostic précoce de la paralysie progressive; par le Dr Hoche.

Quand on songe aux dangers que peut faire courir à la société

un homme occupant une haute situation et atteint de paralysie générale au début, quand on réfléchit aux dommages de toutes sortes, moraux et matériels que peut causer à sa famille et à lui-même un paralytique général au début, on comprend l'insistance avec laquelle l'auteur attire l'attention sur le diagnostic précoce de la paralysie générale.

M. Hoche étudie tout d'abord les rapports du tabes et de la paralysie générale pour conclure que le tabes et la paralysie générale sont deux affections différentes mais possédant de nombreux points de contact et pouvant, dans nombre de cas, coïncider chez le même individu. Les divers signes du début sont ensuite décrits et analysés : inégalité pupillaire, troubles de l'accommodation, modifications des réflexes, trépidation épileptoïde, attaques apoplectiformes, crises épileptiformes, migraine ophtalmique, parésie motrice, tremblement, troubles de l'articulation des mots, de l'écriture, céphalées et insomnies rebelles à tout traitement, modifications du caractère, émotivité, perte de la mémoire, du jugement, du sens moral, idées extravagantes de grandeur, etc. Puis se trouve discuté le diagnostic différentiel de la paralysie générale au début avec la neurasthénie, diagnostic parfois fort difficile ; avec l'alcoolisme chronique, les troubles cérébraux consécutifs aux traumatismes craniens, la démence sénile, la sclérose en plaques, etc. En même temps qu'il empêche le malade de ruiner sa famille ou de causer des scandales, le diagnostic précoce de la paralysie générale évite aussi pour lui les excès de tout ordre auxquels il ne manquerait pas de se livrer et favorise l'apparition d'une rémission, en permettant de lui procurer le facteur thérapeutique le plus important, le repos absolu. (*The Alienist and Neurologist*, janvier 1898.) E. B.

VIII. De l'auto-érotisme; par le Dr Havelock-Ellis.

Sous le nom d'auto-érotisme, l'auteur comprend le phénomène de l'émotion sexuelle spontanée produite en l'absence du stimulant extérieur, direct ou indirect, d'une autre personne.

L'auto-érotisme est actif ou passif : actif lorsqu'il est provoqué par divers instruments spéciaux dont l'énumération serait longue, par certains objets usuels, comme les épingles à cheveux introduites dans l'urètre, par certains jeux ou certaines occupations comme les chevaux de bois, la machine à coudre, la bicyclette, par la pression des cuisses, par la rêverie, cette sorte d'onanisme psychique qui n'est souvent que le prélude de la masturbation ; mais à côté des formes d'auto-érotisme dans lesquelles le sujet prend une part volontaire, il en est dans lesquelles le sujet est en quelque sorte passif, ce sont celles qui se rapportent à l'orgasme sexuel pendant le sommeil

L'auteur, dans une intéressante étude, passe en revue toutes ces formes de l'auto-érotisme après avoir fait remarquer que s'il a créé ce nom d'auto-érotisme, c'est que le terme de masturbation, généralement employé pour désigner ces manifestations est absolument impropre en ce sens qu'il ne s'applique bien qu'à une partie limitée du vaste champ de l'auto-érotisme.

Le résultat le plus fréquent et le plus caractéristique de l'auto-érotisme est l'exagération de la conscience de soi-même sans accroissement simultané de l'estime de soi-même. Toutefois, il est certain que les symptômes de la masturbation, et ses résultats pernicieux ont été beaucoup exagérés ; la masturbation modérée, chez un individu sain, sans tare héréditaire, n'a pas de mauvais résultats et même dans certains cas, chez des gens normaux, ayant passé l'âge de la puberté, la masturbation, loin d'être une forme de vice, peut, pratiquée modérément, être salutaire par le soulagement physique et moral qu'elle procure.

A un certain point de vue, on peut dire que tous les phénomènes auto-érotiques sont anormaux, puisque le but de l'impulsion sexuelle est la réunion des sexes et que toute pratique qui empêche cette réunion est contre nature. Mais nous ne vivons pas dans un état de nature qui permet de répondre librement à ces impulsions et du moment que nous mettons obstacle au libre cours de l'impulsion sexuelle vers les fins sexuelles naturelles, dès lors, inévitablement, se produisent les phénomènes auto-érotiques. (*The alienist and neurologist*, avril 1898.) E. Blin.

IX. Sur trois cas d'impulsion chez des dégénérés ; par le Dr Iscovesco.

Ces trois observations sont réunies par l'auteur sous la même rubrique à cause de l'identité du terrain sur lequel les troubles mentaux de ces malades ont évolué et parce qu'elles peuvent donner une idée nette des différents aspects que peut revêtir, chez un seul individu, l'acte impulsif.

Dans le premier cas, l'impulsion morbide est consciente et ne va pas jusqu'à l'acte. Il n'en est pas de même dans le second cas. où l'impulsion morbide est de deux sortes : tantôt consciente, représentant l'impulsion de la dégénérescence simple, tantôt inconsciente, en raison de l'état vertigineux du sujet. Le troisième cas présente un exemple des délires surajoutés chez un même malade : il existe en effet des hallucinations visuelles nocturnes, des idées de jalousie morbide, des actes de violence conscients, de nature alcoolique, et, d'autre part, des fugues et des actes impulsifs inconscients, de nature épileptique. Mais ces désordres évoluent sur un terrain préparé, un terrain de dégénérescence. (*Annales médico-psychologiques*, août 1898.) E. B

X. **Les paralysies générales progressives** ; par Klippel. (*Monographie de l'œuvre médico-chirurgicale*, de Critzman, n° 2.)

L'auteur reprenant l'ancienne entité de Bayle, cherche à en tracer un tableau conforme en son ensemble aux plus récentes découvertes de la pathologie et de l'histogie pathologique. Les nombreux mémoires antérieurs publiés dans le même sens par M. Klippel l'ont placé au premier rang des chercheurs originaux sur ces questions.

Il pousse l'analyse des lésions histologiques des centres nerveux et des viscères jusqu'à y distinguer des groupes de lésions dont chacun a une origine et une valeur spéciale et comporte, par le fait, un enseignement particulier. Il distingue les altérations selon qu'elles sont primitives ou, au contraire, évoluent à titre d'infections secondaires greffées sur les premières.

L'autre passe en revue les différents types histologiques qui commandent un même syndrome alors que ces types se distinguent néanmoins par leur lésion, leur aspect clinique, leur diagnostic. Les altérations périphériques du système nerveux ne sont point omises et les lésions viscérales sont l'objet d'un examen non moins attentif.

Enfin, M. Klippel applique à la physiologie pathologique de l'affection la théorie du neurône et fait intervenir les auto-infections microbiennes comme causes de l'encéphalite dans les cas où celle-ci est de caractère nettement inflammatoire.

C'est ainsi qu'il groupe les paralysies générales en trois grandes classes : paralysies générales inflammatoires primitives ; paralysies générales secondaires ou associées ; paralysies générales dégénératives, parfois spécifiques ; un paralytique à forme dégénérative peut rentrer d'ailleurs ultérieurement dans le groupe des formes inflammatoires.

L'auteur tire de sa théorie des paralysies générales secondaires par auto-intoxication une explication rationnelle des rémissions si fréquentes et des fausses guérisons de ce qu'on appelait antérieurement les pseudo-paralysies générales. Les altérations constatées du système nerveux sympathique et les troubles vaso-moteurs secondaires donnent la clef des ictus transitoires si fréquents au début comme au cours de ces affections, ainsi que des variétés en apparence contradictoires et disparates des formes expansives et euphoriques ou, au contraire, dépressives et mélancoliques.

Les recherches histologiques de M. Klippel lui permettent de rapporter à des lésions distinctes les symptômes paralytiques et démentiels simples d'une part, et les symptômes délirants d'autre part, ce que Baillarger pressentait cliniquement il y a quarante ans.

Au chapitre diagnostic, l'auteur décrit le syndrome paralytique

fugace, non paralytique proprement dit par son évolution même, mais qui touche aux frontières de la paralysie générale puisqu'un alcoolique non traité à temps peut d'un syndrome fugace passer à l'encéphalite confirmée avec symptômes persistants. Avec les lésions spinales, les formes tabétiques, scléreuses, névritiques, amyotrophiques et bulbaires de la paralysie générale sont passées en revue ; enfin, dans tous les tissus et les viscères dépendant du sympathique, l'auteur montre la constance du processus vaso-paralytique caractérisé toujours par congestion capillaire, hémorragies miliaires, dégénérescences pigmentaires, etc. A signaler au traitement la proposition neuve d'injections intra-craniennes anti-toxiques. A. Marie.

XI. **Délire aigu** ; par le Dr H.-R. Coston. (*Medical News*, octobre 1898.)

L'auteur rapporte trois observations personnelles de délire aigu. Deux de ses malades moururent : l'une au bout de deux semaines, l'autre au bout de quatre jours; la troisième guérit et l'amélioration apparut à la fin de la seconde semaine.

Les principaux symptômes qu'il observa furent : début brusque, pas d'hérédité, élévation de température, augmentation du nombre des pulsations, insomnie absolue, céphalalgie intense, diminution de la vue avec hallucinations, délire violent : vision de rats, de scorpions, grande excitabilité musculaire : le malade est toujours en mouvement, il s'arrache les cheveux, s'égratigne; il peut reconnaître ses amis, mais il est incapable de leur parler raisonnablement et il oublie de suite qu'il les a vus. Au bout de huit à dix jours il tombe dans la stupeur et succombe dans le coma, si l'amélioration ne se produit pas. L'amaigrissement est très rapide ; pas de paralysie, ni de troubles gastriques ; il y a de la constipation et de la rétention d'urine.

Le diagnostic du délire aigu est à faire avec la fièvre typhoïde qui s'en distingue par la marche régulière de la température, l'éruption, la diarrhée etc.; avec l'hystérie où on ne trouve pas d'amaigrissement rapide, d'élévation de température, etc.; enfin avec la manie aiguë qui se reconnaît à la moins grande gravité des symptômes, à l'absence de fièvre, au caractère conscient du délire, à ses prodromes, à sa marche, etc.

L'anatomie pathologique est mal connue et l'auteur n'a pu faire les autopsies de ses malades; il croit cependant que la mort est causée par l'action d'un microbe sur les cellules nerveuses ou au moins par l'action des ptomaïnes secrétées par ce microbe. Bien des médications ont été essayées, le chloral, le bromure de potassium, sulfonal, trional, etc., etc.; la morphine et l'hyoscine, données en injections hypodermiques, lui semblent les plus indi-

quées et les meilleures; la saignée serait peut-être bonne, mais tout à fait au début. Il faut toujours chercher à alimenter le malade qui dépérit très vite, faire l'antisepsie de l'intestin par du calomel et des lavements, et vider la vessie par le cathétérisme.

A. VIGOUROUX.

XII. De la mélancolie au début; par le Dr J. PUNTON.

La curabilité de la folie dépend en grande partie de son diagnostic et de son traitement précoces; et comme, d'autre part, un grand nombre de formes mentales débutent par des phénomènes de dépression mentale, on comprend l'intérêt qui s'attache au diagnostic et au traitement précoces de la mélancolie.

La mélancolie est ordinairement précédée d'une période d'incubation de durée variable avant de se caractériser par les signes suivants : dépression mentale; insomnie persistante; céphalalgie ou psychialgie reportée ordinairement à la région occipitale; diminution du poids du corps; changements de l'attitude et de la physionomie; diminution de l'appétit et constipation; introspection morbide avec tendances égoïstes; phobies. Tels sont les signes de la mélancolie simple au début.

Doit-on traiter un mélancolique au début dans un asile d'aliénés? Pour soigner et guérir un tel malade, il suffit d'une atmosphère saine, d'un entourage sain. Ces conditions, d'après l'auteur, seront mal remplies dans un asile. Le lieu de choix pour le traitement de la mélancolie au début est un sanatorium.

Pour le traitement de ces malades, devraient être créés des hôpitaux spéciaux, intermédiaires entre l'hôpital ordinaire et l'asile d'aliénés, et dans lesquels le mélancolique au début serait surveillé et soigné jusqu'à ce que la question de la curabilité ait été déterminée. De cette façon, les familles hésiteraient moins à faire placer leurs malades, à la période la plus curable de l'affection. D'autre part, ces hôpitaux spéciaux pourraient recevoir les cas douteux. (*The alienist and neurologist.*, oct. 1898.) E. B.

XIII. Manie rapidement mortelle dans la maladie de Graves; par le Dr BARTON JACOBS.

Dans les cas mortels de maladie de Graves, la mort peut survenir : 1° soit, ce qui est le plus fréquent, sous l'influence du marasme, de la consomption lente, de l'affaiblissement graduel du cœur avec ou sans œdème et albuminurie; 2° soit par arrêt subit du cœur, le malade mourant en syncope; 3° soit par épuisement rapide après des vomissements incoercibles; 4° en raison de la suffocation par la pression du goitre; 5° par épuisement à la suite de délire ou d'excitation maniaque

L'auteur, dans le présent travail, rapporte deux observations personnelles intéressantes d'excitation maniaque rapidement mortelle dans la maladie de Graves et résume ensuite huit cas semblables recueillis dans divers auteurs. (*American journal of insanity*, juillet 1898.) E. B.

XIV. **Étude séméiologique de l'agitation**; par le Dr Cololian.

Le qualificatif « agité » est appliqué aux aliénés de diverses sortes qui, soit momentanément, soit d'une manière continue, exécutent des mouvements ou des actes violents et rapides, ou bien à ceux que la maladie rend loquaces.

Après avoir fait une étude d'ensemble des troubles élémentaires psychiques (accélération des représentations psychiques, troubles du langage écrit et parlé, troubles de la mimique, troubles de la volonté, troubles de l'attention) et des troubles organiques de l'agitation, l'auteur, dans un travail intéressant, passe en revue les affections mentales au cours desquelles peut se présenter l'agitation, affections qui constituent trois grands groupes, les psychoses, les folies toxiques et les folies organiques.

C'est ainsi que l'agitation, avec ses caractères particuliers est examinée au cours du délire aigu, de la manie, du délire hallucinatoire aigu, de la mélancolie, de la folie intermittente, de la dégénérescence mentale, de l'épilepsie, de l'hystérie, de la chorée, de l'alcoolisme, du morphinisme, de la paralysie générale, de la démence sénile. (*Annales médico-psychologiques*, déc. 1898.)

E. B.

XV. **Des psychoses post-opératoires. Du rôle que la nature de l'opération chirurgicale peut jouer dans leur production**; par les Drs Picqué et Briand.

Les observations qui démontrent l'influence des opérations gynécologiques sur la production des délires sont bien exceptionnelles, si tant est qu'il en existe réellement. La plupart des faits publiés sont incomplets ou ont trait à des délires fébriles ou relèvent d'une cause étrangère à l'opération gynécologique.

Si on ne peut contester d'une façon absolue l'existence du délire post-opératoire après les opérations gynécologiques, on peut affirmer qu'il est exceptionnel.

Il faut, dans les opérations gynécologiques, distinguer deux groupes :

1° Celles qui s'adressent aux grosses lésions de l'utérus ou des annexes : à celles-là correspondent les délires toxiques. Fréquentes autrefois, elles tendent à devenir de plus en plus rares;

2° Celles qui s'adressent aux troubles subjectifs accompagnant

des lésions souvent insignifiantes et qui constituent le domaine de la petite chirurgie gynécologique (opération d'Alexander, de Schrœder, colporraphies diverses).

A celles-là correspondent le plus grand nombre de psychoses; mais, le plus souvent, on saura, en les examinant, qu'il s'agit d'aliénées anciennes, et on devra leur refuser l'intervention. (*Annales médico-psychologiques*, oct. 1898.) E. B.

XVI. Homicide subconscient et suicide, leur physiologie psychologique ; par le Dr P. Bancroft.

C'est chose bien connue qu'un homicide peut être commis dans le somnambulisme et l'état épileptique, la conscience de l'individu étant totalement ou particulièrement suspendue. De pareils faits sont invariablement accompagnés d'amnésie; ils sont ordinairement sans motifs et si impulsifs qu'ils paraissent avoir une origine réflexe.

La question se pose de savoir si pareille chose ne peut se rencontrer dans d'autres conditions que l'épilepsie? La conscience normale ne peut-elle être assez modifiée par des conditions cérébrales physiologiques ou toxiques, pour qu'elle soit obscurcie?

Les deux observations rapportées par l'auteur sont en faveur de la théorie de la désagrégation de la conscience avec une telle diminution du champ normal que le sujet devient psychiquement anesthésique et amnésique. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de cinquante ans, interné pour un état mélancolique, après deux tentatives de suicide. Il se rappelait ses idées de suicide mais nullement les tentatives: hérédité très chargée.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de cinquante et un ans qui, rentrant chez lui après son travail, dine avec sa femme avec qui il était en fort bonne intelligence, puis au moment de se coucher tire sur elle deux coups de revolver. Il est arrêté quelques instants après, au moment où dans la chambre à coucher il caressait doucement son petit enfant. Il paraît fort surpris de son arrestation, n'ayant aucun souvenir de l'homicide qu'il a commis. Cet homme est alcoolique.

La suspension de la conscience ou la désintégration de la conscience normale pendant la période de temps où un tel homicide peut être accompli, est un des problèmes les plus difficiles de la psychologie. Dans l'écorce cérébrale existe outre les cellules des connexions multiples, fonctionnelles mais non anatomiques, et il n'y a pas de doute qu'une conscience entière, normale, dépende non seulement de l'action associée des différentes voies nerveuses, mais encore de l'intégrité d'action de toute l'écorce. En conséquence la dissociation des aires corticales amène la désagrégation de la conscience et la dissolution de la personnalité physique.

Pareille désagrégation de la conscience peut être produite artificiellement par l'hypnotisme.

Une division de même nature avec amnésie ne peut-elle se produire en conséquence d'un trouble psychologique profond des centres supérieurs d'un cerveau instable ? et les poisons de certaines fièvres aussi bien que de l'alcool, une émotion intense, un shock, ne peuvent-ils produire cette dissociation des aires corticales ? Si du fait de quelqu'une de ces causes l'intégrité fonctionnelle des centres supérieurs est lésée, ne peut-on assister à la désagrégation de la conscience et à l'amnésie? C'est dans ces conditions subconscientes, dues à la désagrégation des aires corticales, que se produisent ces faits de suicide et d'homicide inexplicables. L'amok des Malais est, sans aucun doute, une de ces explosions subconscientes.

Ces psychoses ne peuvent se produire chez l'individu sain : elles ne se produisent que chez les aliénés, chez les intoxiqués par l'alcool, comme le second malade, dans les cas de fièvre spécifique et particulièrement chez les gens à hérédité nerveuse très chargée, comme était le premier malade. Dans les deux cas rapportés la condition subconsciente fut instantanément produite, comme dans l'impulsion épileptique. Dans le second cas, il est probable que la suspicion jalouse si caractéristique de l'alcoolisme avait depuis longtemps troublé l'esprit du malade : puis lorsque les effets toxiques de l'alcool eurent désagrégé les centres supérieurs, la première idée impulsive qui vint, l'inhibition ayant disparu, fut instantanément réalisée par un malade en état subconscient. (*American journal of insanity*, octobre 1898.) E. B.

XVII. Mélancolie de la lèpre; par le Dr A. Ashmead.

Dans le journal de l'Association des médecins américains du 26 février 1898, le Dr Hansen, à propos de la communication du Dr Ashmead sur la lèpre au congrès de Berlin, disait que la mélancolie de la lèpre est une découverte du Dr Ashmead, et que personne en Norvège n'a aucune idée de l'existence d'une pareille affection, pour la bonne raison que le cerveau n'est jamais affecté par la lèpre. C'est à cette critique que répond l'auteur dans le présent article : les résultats de nombreuses autopsies faites par différents auteurs établissent nettement que le cerveau peut être touché dans la lèpre et par conséquent qu'il peut y avoir une mélancolie de la lèpre. Du reste, si la lèpre est une maladie microbienne, ses lésions et ses symptômes primordiaux sont localisés dans le système nerveux et indépendants du microbe.

Si le Dr Hansen n'a pas observé de mélancolie de la lèpre en Norvège, cela tient à diverses conditions physiques et psychiques particulières au pays et dont l'auteur trouve l'énumération dans

un ouvrage du D[r] Wolff (de Strasbourg). Au congrès de Moscou de 1897, le professeur Meschedes (Königsberg) en rapportant l'histoire d'un cas de psychose chez un lépreux disait qu'à son avis la lèpre exerce une influence directe sur le développement de la démence du fait de lésions irritatives du système nerveux produites soit par le bacille de Hansen, soit par ses toxines. (*The alienist and neurologist*, juillet 1898.) E. B.

XVIII. **De la folie à son début**; par Crochley CLAPHANS. (*Quarterlz medical journal*, juillet 1898.)

Le début de la folie est la période où cette maladie est le plus curable. Souvent par préjugé que la folie est honteuse, on la cache avec soin sans l'avouer au médecin : alors qu'à ce moment un spécialiste expérimenté pourrait parfois obtenir la guérison sans avoir recours à l'internement. Quand le changement de milieu s'impose, il doit se faire, s'il est possible, dans une famille amie ou dans une famille rétribuée : dans le cas de tendances suicides, homicides ou destructives il faut interner le malade dans un asile.

Le plus souvent le médecin de la famille appelé à donner les premiers soins emploie le bromure de potassium avec plus ou moins de discernement. Si le bromure rend de grands et réels services dans les cas d'insommie due à l'hyperhémie cérébrale accompagnée de mélancolie et de tendance au suicide, il est dangereux dans les cas d'insommie provoquée par l'anémie cérébrale qu'il aggrave. L'opium associé au tartre stribié, le paraldéhyde, le chloral, le sulfonal, le trional, combattent avec succès certaines formes d'insomnie. Mais il ne faut pas négliger l'hygiène et le régime qui souvent seules arrivent à perdre le sommeil. De même pour les fonctions intestinales, les purgatifs peuvent être remplacés avec avantage par un régime alimentaire approprié, du massage abdominale avec ou sans électricité.

Il a aussi des cas de folie se développant chez des adolescents (folie morale) qui peuvent être améliorés par l'isolement à la campagne l'exercice physique et un régime alimentaire. Les folies puerpérales survenant avant ou après l'accouchement, la folie de la lactation d'un pronostic variable bénéficient également d'un traitement à domicile lorsqu'elles sont traitées à leur début par un médecin expérimenté.

D'une manière générale on peut dire que la folie au début pourrait être traitée d'une façon avantageuse sans que les malades soient frappés du « stigmate de la folie » qu'apporte le certificat. C'est dans cet esprit qu'on a demandé qu'une clause concernant la folie au début fut annexée à la loi sur les aliénés. Grâce à cette clause les malades, au début de leur accès d'aliénation ou dont

l'état de folie ne serait pas encore confirmé, pourraient être soignés pendant un temps limité sans qu'il soit nécessaire d'en aviser les commissaires et les magistrats. Un certificat médical affirmerait que la folie n'est pas confirmée et qu'un isolement de six mois au plus est nécessaire. Pareille loi est en vigueur en Ecosse où elle rend de grands services. A. VIGOUROUX.

XIX. **Aliénation mentale commençante**; par Crochley CLAPHAN. (*Quarterly medical journal*, juillet 1898.)

L'auteur signale une proposition de loi et un assez grand nombre de cas de folie maintenus en famille, en observation spéciale et en traitement avant déclaration définitive de folie et mise en surveillance officielle. Il estime que bien des cas de folie pris tout au début pourraient être avec fruit traités de bonne heure et vite guéris, en évitant le stigmate de l'internement et la flétrissure fâcheuse de la déclaration officielle de folie, cause de chocs moraux profonds pour les familles et les malades. MARIE.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XX. **Sur une épidémie de beriberi à l'asile de Richmond, de Dublin**; par CONOLLY-NORMAN. (*British med. Journal*, 25 septembre 1898.)

Cette épidémie est intéressante en ce qu'elle a éclaté dans une région tempérée, dans un milieu manicomial où l'étiologie est restée obscure. L'encombrement, les défauts d'hygiène tenant à l'ancienneté des constructions et à la modicité des ressources d'entretien et à certaines insuffisances de régime, s'y traduisaient antérieurement par l'endémie physique et dysentérique.

L'asile prévu pour 1 000 malades en contenait 1 400. Les eaux ne sauraient être incrinimées étant les mêmes que pour la ville de Dublin. Peut-être le poisson scarlet a-t-il pu apporter de Terre-Neuve le germe infectieux dans les aliments. L'affection, étendue à 534 malades en trois épidémies, affecta la forme de névrites périphériques aigus avec myosites, œdèmes, paralysies et rétractions atrophiques avec contractures consécutives; mortalité de 8,2 p. 100. Une récente épidémie semblable, étudiée à l'asile d'Angers par M. Chantemesse qui en a publié l'étude bactériologique complète, donne à cet article un intérêt particulier. Dr MARIE.

XXI. Du myxœdème et des troubles qui s'y rattachent; par W. Ord. (*British med.*, 8 septembre 1898.)

L'auteur étudie dans une série de paragraphes successifs le diagnostic et les symptômes à différents degrés de l'affection, les modifications locales et mentales consécutives, les altérations intimes de la glande thyroïde et des tissus, les symptômes secondaires et complications, hémorragies, etc. Enfin il termine par le traitement qu'il préconise par ingestion directe de la glande même. Tableau des modifications urinaires corrélatives au traitement. Dr A. Marie.

XXII. Un cas de myomiélie; par le Dr Théodore Miller. (*Medical News*, octobre 1898.)

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de trente-neuf ans qui présenta d'abord de la faiblesse dans les muscles de l'épaule, puis de la paralysie et de l'atrophie de ces mêmes muscles; ensuite apparurent la thermo-anesthésie, des troubles trophiques des mains, de la scoliose et la dissociation des sensations. Cette dissociation, bien qu'elle ne soit plus regardée comme pathognomonique de la syringomyélie puisqu'elle a été décrite dans l'hystérie, la névrite et la myélite, est un symptôme de gravité importante. Deux diagrammes accompagnent l'observation montrant les localisations des diverses anesthésies. A. V.

XXIII. Trois cas de torticolis spasmodiques; par R.-H. Parry. (*Brit. Medical Journal*, novembre 1898.)

La première observation concerne un homme de trente-cinq ans admis à l'infirmerie royale pour un torticolis spasmodique. Trois ans auparavant il tomba en arrière sur un bloc de bois et se contusionna la nuque. La douleur fut peu vive et ne l'empêcha pas de continuer son travail; ce furent ses camarades qui s'aperçurent que sa tête était secouée et tournée du côté gauche. Progressivement en quelques mois la douleur et le spasme augmentèrent et finirent par l'empêcher de travailler. Un premier traitement fut essayé à Glascow : un nerf fut sectionné du côté gauche du cou, puis le nerf accessoire du spinal droit fut reséqué sans succès. Un traitement médical n'eut pas de meilleur résultat : massage, extension, galvanisme, tout échoua et son cas fut réputé incurable.

A son entrée à l'infirmerie royale il présentait les symptômes suivants : la tête était tournée vers la gauche à un degré tel que la face regardait par-dessus l'épaule gauche; et si à l'aide des deux mains il mettait sa tête en bonne position, la contraction du sterno-

mastoïdien, du splenius et du trapèze la plaçait dans la position première. Le sterno-mastoïdien droit était flasque et ne prenait aucune part à la formation ni au maintien de la difformité. Quand le spasme cessait, la douleur était très vive. Pendant le sommeil chloroformique le spasme cessait et la tête était facilement tournée à droite.

L'auteur se décida à sectionner les nerfs du groupe gauche des muscles occipitaux. L'incision fut faite en arrière du bord postérieur du sterno-mastoïdien gauche dont les fibres furent sectionnées jusqu'au splenius qui fut aussi coupé, ainsi que le complexus. Le nerf grand occipital fut soulevé, et sa troisième et quatrième branche furent coupées. Les suites opératoires furent bonnes, et le malade guéri put reprendre son travail abandonné depuis deux ans.

La seconde observation a beaucoup de points communs avec la première ; même analogie, même difformité, mêmes essais infructueux de traitement.

L'opération consista en la résection d'une partie du nerf accessoire du spinal droit qui amena peu d'amélioration ; l'attention ayant été portée sur les muscles de l'autre côté, ceux-ci furent massés complètement et en peu de mois la guérison fut complète.

Un troisième cas en ce moment en traitement subit la même opération (section de l'accessoire du spinal), et grâce au massage des muscles de l'autre côté l'amélioration se manifesta.

De ces observations l'auteur tire ces conclusions : 1° dans le traitement des torticolis spasmodiques deux sortes de muscles doivent être traitées, d'un côté le sterno-mastoïdien, de l'autre les muscles occipitaux ; 2° le traitement médical, qui dans ce cas, a duré plusieurs mois, n'a eu aucune influence sur la maladie ; 3° quand la section du nerf accessoire n'a pas provoqué d'amélioration, le massage du groupe occipital opposé doit être pratiqué avec persévance et il peut être utile de sectionner les nerfs innervant ces muscles. A. VIGOUROUX.

XXIV. **Hérédité et circoncision** ; par Eugène TALBOT. (*Médecine, Détroit*, juin 1898.)

L'auteur, se basant sur de nombreuses observations, tend à admettre la transmission héréditaire des effets de la circoncision. Contrairement à Weissmann, qui dans sa théorie de l'hérédité n'admet pas que les mutilations puissent se transmettre aux descendants et, en ce qui concerne le cas particulier de la circoncision, prétend que l'absence congénitale du prépuce s'observe également chez les peuples qui pratiquent la circoncision et chez ceux où ce rite n'est pas en usage, Talbot estime que l'hérédité constitue un facteur important dans la production de cette ano-

malie. A l'appui de son dire, il cite les statistiques de plusieurs médecins israélites de Chicago. Le Dr Cahen, qui en l'espace de vingt ans a pratiqué dix mille circoncisions, a trouvé le prépuce absent cinq cent fois; dans deux mille cas, il était peu développé.

P. Rellay.

XXV. **De la Spondylose rhizomyélique**; par P. Marie. (*Revue de médecine*, 1898.)

M. Marie appelle ainsi une affection chronique à évolution très lente et caractérisée par une rigidité extrême du rachis et une soudure progressive des articulations coxo-fémorale et scapulo-humérale.

Les observations de cette affection sont encore peu nombreuses; l'auteur n'en a encore observé que trois cas dont deux très caractéristiques. Quelques cas recherchés par lui chez des auteurs étrangers semblent se rapporter à cette maladie; un squelette du musée Dupuytren présente des lésions semblant se rapporter à une évolution identique. En somme les documents peu nombreux jusqu'à présent ne permettent pas encore d'établir une symptomatologie définitive. Dans son ensemble cette affection débuterait vers l'adolescence (15 à 20 ans); les premiers symptômes seraient des douleurs dans les articulations des membres inférieurs; ce n'est que longtemps après que survient l'ankylose. Lorsque celle-ci est déclarée, l'attitude du malade est caractéristique. Il semble comme soudé, comme empalé. Le tronc est projeté en avant par ankylose en flexion de l'articulation coxo-fémorale; les articulations du genou prennent seules part à la marche et le malade, pour éviter une position fatigante, est obligé pour marcher d'appuyer les mains sur les cuisses, les genoux étant en demi-flexion.

Le petit nombre de cas observés ne permet pas encore de fixer la marche de la maladie. Jusqu'ici aucune autopsie n'a pu être faite.

La présence, dans deux des cas observés, des nodosités de Bouchard tendrait à éliminer au point de vue étiologique toute cause infectieuse et à faire de cette maladie une affection par trouble de nutrition.

MM. Spillmez et Etienne viennent de donner tout récemment l'observation d'un nouveau cas. Le début de la maladie remonterait à l'âge de 4 ans; le sujet qui a actuellement 53 ans présente des symptômes à peu près identiques à ceux décrits par M. Marie : ankylose progressive des articulations coxo-fémorales, soudure du rachis, flexion du tronc en avant, etc. Même début lent et insidieux.

M. Hamel.

XXVI. **Trois nouveaux cas d'amyotrophie primitive progressive dans l'enfance**; par HANSHALTER. (*Revue de médecine*, 1898.)

Trois observations portant sur des cas d'amyotrophie précoce à début insidieux et à développement relativement rapide. Ces cas rentreraient dans des formes intermédiaires aux diverses formes classiques décrites. M. HAMEL.

XXVII. **Note sur la narcolepsie épileptique**; par Ch. FÉRÉ. (*Revue de médecine*, 1898.)

C'est une réponse à un travail récent de M. Lamacq qui tout en admettant la narcolepsie comme symptomatique, critique le terme de narcolepsie qui semble rappeler l'invasion brutale de l'attaque d'épilepsie. D'après M. Lamacq le début brusque n'existe pas et la narcolepsie n'est d'ailleurs jamais symptomatique de l'hystérie, ni de l'épilepsie. Ce n'est pas l'opinion de M. Féré qui, rappelant certains cas où l'invasion brusque du sommeil était manifeste, rapporte trois observations d'épileptiques chez qui les attaques brusques de sommeil accompagnaient ou même remplaçaient les attaques, et s'éloignaient avec elles sous l'influence du traitement bromuré. M. H.

XXVIII. **Hypothèses sur la pathogénie des paralysies hystériques**; par le Dr GUINARD (*Revue de médecine*, 1898.)

Deux hypothèses différentes ont été récemment émises par M. Lépine et M. Branly sur la pathogénie des troubles moteurs chez les hystériques. L'hypothèse de M. Lépine est tirée des travaux de M. Mathias Duval et Ramon y Cajal sur le neurone.

Les paralysies passagères tiendraient à un défaut momentané de contiguïté des arborisations terminales du neurone et à une entrave consécutive à la transmission de l'influx nerveux.

A cette explication physiologique M. Gerest dans un travail récent, sous l'inspiration des travaux de M. Branly sur les « radio-conducteurs », oppose une hypothèse toute psycho-physique. Il compare les neurones à une série de grains métalliques noyés dans une gangue isolante très faible et pouvant perdre par de simples conditions physiques (choc brusque, etc.) leur conductibilité électrique. Pour que la transmission électrique se produise, il suffit que cet arrêt cesse et il est inutile pour cela que les neurones entrent en contact.

Tout en rendant justice à l'ingénieuse hypothèse de M. Branly, l'auteur de l'article pense qu'en l'état actuel de la science les éléments manquent à l'interprétation rationnelle de cette hypothèse et préfère provisoirement se rallier à celle des mouvements cellulaires du neurone. M. H.

XXIX. Entraînement suggestif actif ou dynamogénie psychique; par Bernheim. (*Revue de médecine*, 1898.)

La suggestion thérapeutique ne consiste pas toujours à endormir le malade en lui faisant croire qu'il est guéri. Cette suggestion ne réussit pas constamment et peut être avantageusement remplacée dans certains cas par un entraînement suggestif, à l'état de veille, de la volonté du sujet.

C'est ce que l'auteur appelle entraînement suggestif actif. Plusieurs guérisons ou améliorations ont été obtenues par l'auteur dans des cas de paralysies rebelles, principalement chez des neurasthéniques et des hystériques. M. H.

XXX. Accès répétés de monoplégie brachiale fugace pendant quinze ans. Epilepsie jakcsonienne; par le Dr Bouchaud. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 20.)

Pendant dix ans environ la malade dont l'observation est relatée dans ce travail n'a présenté qu'une paralysie limitée au bras droit, apparaissant sous forme d'accès de courte durée et disparaissant sans laisser de traces; plus tard se manifestèrent quelques troubles de la sensibilité et une paralysie qui persista et s'étendit aux deux membres du même côté ; enfin quinze ans après le début de l'affection, survinrent des attaques convulsives épilepliformes qui débutèrent dans le membre supérieur du côté paralysé et s'accompagnèrent de perte de connaissance. Rien, ni dans les antécédents de la malade, ni dans la marche des accidents, n'a permis de soupçonner une lésion syphilitique. L'auteur croit pouvoir expliquer les accidents de cette malade par l'existence dans le cerveau d'une tumeur gliomateuse. Ce gliome a pu au début, étant sous-cortical, comprimer le centre des mouvements du bras ou une des artères qui l'alimentent et déterminer une paralysie passagère du membre par le fait de la compression ou de l'anémie. Plus tard en augmentant de volume, il aurait amené une altération profonde du centre moteur et par suite une paralysie permanente. Enfin, dans les derniers temps de la vie, en excitant les cellules motrices de la région, il aurait provoqué les crises convulsives. G. D.

XXXI. La fausse réminiscence dans l'aura de la migraine; par Ch. Féré. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 18.)

Observation d'une femme de trente-six ans, migraineuse, qui dans la période prémonitoire de chacun de ses accès croit reconnaître des objets ou des scènes que certainement elle voit pour la première fois. Ce sont surtout les impressions brusques survenant au cours de la dépression prémigraineuse qui provoquent l'illu-

sion : un étranger qui se présente, un objet qui tombe, une maladresse d'un domestique ou une escapade des enfants, une rumeur dans la rue etc. L'illusion est essentiellement éphémère; elle dure très peu de temps, quelques minutes au plus et cesse dès que la douleur sus-orbitaire qui marque le début de l'accès a apparu.

G. D.

XXXII. Rapports èntre la maladie du sommeil et le myxœdème; par MM. E. Régis et N. Gaide. (*Presse médicale*, 1er octobre 1898.)

A propos de l'article de M. Briquet (d'Armentières) sur les rapports de la maladie du sommeil et du myxœdème, paru dans le numéro du 7 septembre 1898, de la *Presse médicale*, M. Régis rapporte l'observation d'un cas d'hypnosie traité par M. Gaide, médecin de la marine, au mois de décembre 1896, au Soudan français. La médication thyroïdienne a été seule employée; M. Gaide a été amené à l'utiliser par l'analogie frappante qui lui a paru exister entre les symptômes de cette affection et ceux des états myxœdémateux et crétinoïdes. Le malade a succombé avec des signes de méningo-encéphalite, le cinquième jour de son entrée à l'infirmerie.

M. Régis fait suivre cette observation de quelques réflexions qu'il déclare sujettes à contrôle. Il constate que ce cas réalise cliniquement, de la façon la plus nette, le tableau des maladies toxi-infectieuses graves terminées par méningo-encéphalite et en conclut qu'il y a lieu de supposer que la maladie du sommeil n'est qu'une toxi-infection. Selon lui, on est autorisé à penser que la somnolence pathologique est, d'une façon générale, un symptôme d'intoxication, mais qu'elle n'appartient pas exclusivement à une intoxication particulière. On ne saurait donc s'appuyer sur son existence dans le myxœdème et l'hypnosie pour admettre l'identité de ces deux affections. Au reste, tandis que la tendance au sommeil est le symptôme constant et caractéristique de l'hypnosie, elle ne s'observe que rarement et accessoirement dans le myxœdème, où domine, ce qui est bien autre chose, la torpeur physique et mentale. L'hypertrophie du corps thyroïde, de même que l'hypertrophie de tout le système ganglionnaire paraît être, dans la maladie du sommeil, secondaire et non primitive, conséquence et non cause. Il s'agit là, sans doute, comme dans nombre d'infections, d'une accumulation élective de poison, en vue de sa neutralisation ou de son atténuation. Dès lors, le myxœdème étant une auto-intoxication d'origine thyroïdienne, l'hypnosie serait plutôt une exo-intoxication, avec retentissement sur l'ensemble des appareils glandulaires, thyroïdien et lymphatique. C'est à ce titre et pour aider à l'activité antitoxique de ces organes que le traitement thyroïdien pourrait être tenté et donner, peut-être, quelques résultats.

A. Fenayrou.

XXXIII. **Deux cas de paralysie radiculaire obstétricale du plexus brachial. Examen et traitement électrique** ; par M. F. Allard. (*Presse médicale*, 24 septembre 1898.)

L'orateur rapporte les observations de deux enfants atteints de paralysie radiculaire obstétricale du plexus brachial, du type de Duchenne-Erb, qu'il a traités avec succès par l'électricité. Il existait dans les deux cas une diminution parallèle des excitabilités galvanique et faradique ; la réaction de dégénérescence faisait défaut, ce qui indiquait que la lésion des racines nerveuses avait été relativement légère. Le traitement a consisté d'abord en applications galvaniques, puis, lorsque l'examen électrique a révélé une augmentation sensible de l'excitabilité faradique, en applications galvaniques et faradiques combinées. Dans un cas, il a été entrepris quatre mois après la naissance de l'enfant, et a nécessité cinquante séances d'électrisation, réparties en un laps de temps de trois mois et demi ; dans l'autre, où il a été mis en œuvre un mois après la naissance, il a duré deux mois environ et a comporté trente séances semblables en tous points aux précédentes. Les faits relatés par M. Allard, établissent que ce mode de traitement, très facilement supporté par les nouveau-nés, agit d'autant plus rapidement qu'il est institué d'une façon plus précoce. Si l'intervention thérapeutique est trop tardive, l'impotence fonctionnelle devient définitive. Le pronostic est facile à établir en se basant, non sur la violence du traumatisme, cause de l'affection, mais sur l'état de l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles ; la réaction de dégénérescence, même partielle, est un signe défavorable ; le syndrome de dégénérescence totale indique l'incurabilité de la lésion. En tous cas, il est nécessaire de continuer longtemps le traitement, même si les résultats paraissent nuls ; car souvent l'amélioration est tardive. A. Fenayrou.

XXXIV. **Maladie du sommeil et myxœdème** ; par M. Ch. Mongour. (*Presse Médicale*, 21 septembre 1898.)

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de cinquante ans, d'apparence robuste, et pesant 110 kilos, qui a présenté, pendant deux ans sans cause connue, un laisser aller au sommeil constituant une véritable maladie. L'existence de cet homme, depuis l'apparition de ce symptôme, n'était qu'un sommeil continu, entrecoupé de courts instants de veille pour accomplir des actes physiologiques indispensables ou pour traiter quelques affaires n'exigeant ni beaucoup de temps, ni beaucoup de peine. L'intensité de ce sommeil était tout à fait anormale ; pour éveiller, le sujet il fallait le remuer énergiquement et avec persistance. Malgré l'existence de certaines particularités, (aspect lunaire de la face, joues

pendantes, lèvres légèrement retroussées et présentant une muqueuse sensiblement hypertrophiée), cet homme ne pouvait être considéré comme un myxœdémateux. Néanmoins, M. Mongour eut l'idée de le soumettre à la médication thyroïdienne, non pour combattre le sommeil, mais pour lutter contre l'obésite. Celle-ci résista au traitement; mais la maladie du sommeil fut rapidement améliorée et même guérie.

L'ingestion de corps thyroïde vint encore rapidement à bout d'un nouveau retour offensif des crises de sommeil, survenu quelque temps après.

Cette observation semble justifier l'hypothèse, émise par M. Briquet (d'Armentières), (*Presse médicale*, 7 septembre 1898), d'après laquelle le myxœdème et la maladie du sommeil relèvent peut être d'une même cause et sont justiciables l'une et l'autre du traitement thyroïdien. A. FENAYROU.

XXXV. **Un cas d'hémianopsie latérale consécutive à une blessure pénétrante du cerveau**; par S.-B. MIKE. (*Occidental Medical Times*, mai 1898.)

L'auteur relate l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans qui présentait de l'hémianopsie droite provoquée par une blessure pénétrante subie à l'âge de trois ans. A cette époque elle s'était enfoncée une pointe de fourche en fer dans le crâne en arrière de la suture coronaire entre les sutures sagittales et squameuses. Il fallut déployer beaucoup de force pour arracher cette pointe et une sonde pénétra à une profondeur de six « inches » dans la plaie. Il n'y eut pas d'hémorragie; une hémiplégie droite apparut un moment pour disparaître progressivement. L'hémianopsie persista accompagnée de maux de tête. Cette observation est précédée d'une étude intéressante sur la localisation de cette affection et par une revue de cas semblables.

XXXVI. **L'alcoolisme; ses conséquences pour l'individu, l'état et la société**; par M. le professeur DEBOVE. (*Presse médicale*, 16 et 19 novembre 1898.)

M. le professeur Debove joint sa voix à celle des nombreux médecins qui se sont occupés de cette question, pour signaler le péril national résultant des progrès incessants de l'alcoolisme en notre pays. Il constate que la France tient le premier rang parmi les nations européennes, pour la consommation de l'alcool, et que cette consommation augmente chez nous, tandis qu'elle diminue dans plusieurs autres états; il déplore aussi que les femmes et les enfants, suivant l'exemple funeste donné par les hommes, prennent, en certaines contrées, l'habitude d'user largement et même

d'abuser des boissons alcooliques. Suivant lui, il n'y a pas de boissons alcooliques hygiéniques. Le vin, le cidre, le poiré, les bières, ainsi dénommés, sont toujours toxiques; dilué ou non, l'alcool produit toujours ses effets; comme pour un médicament donné en potion ou en pilule, ce qui importe surtout, c'est la dose et non la dilution. Que l'alcool éthylique soit nuisible par lui-même ou par les impuretées qu'il contient, il n'en est pas moins vrai qu'il est toxique, et il est regrettable que le privilège accordé aux bouilleurs de crû, en encourageant et facilitant la production de quantités considérables d'alcool, contribue à augmenter encore, dans une certaine mesure, la consommation de cet agent toxique.

Parmi les effets bien connus que l'alcool exerce sur les individus, M. Debove mentionne d'une façon plus particulière, l'augmentation de la morbidité et de la tendance à l'aliénation mentale et au crime; son influence sur la race se traduit par une diminution de la natalité, non que l'alcoolique soit fatalement stérile, mais parce que ses enfants sont d'ordinaire des dégénérés inférieurs et que sa famille s'éteint le plus souvent après la troisième génération. On peut affirmer que l'alcoolisme est une des causes les plus actives de la dépopulation de la France. Il use, en quelque sorte, la race par les deux bouts, en augmentant la mortalité et en diminuant la natalité ou en ne produisant que des dégénérés. L'auteur s'élève contre la fâcheuse habitude de fêter le mariage par une noce, c'est-à-dire par des excès de table. Seule, la Venus genitrix doit présider aux cérémonies de l'hyménée; il ne faut pas lui associer Bacchus.

Diverses considérations, pour la plupart d'ordre électoral, s'opposeront sans doute longtemps à l'adoption des moyens publics, lois et réformes, capables de lutter efficacement contre le fléau. En attendant, il ne faut pas négliger les moyens individuels. M. le professeur Debove recommande aux jeunes médecins auxquels il s'adresse dans son cours, de prêcher la sobriété par leurs paroles et par leurs actes, convaincu qu'ainsi, ils pourront contribuer puissamment à changer l'opinion publique et à sauver le pays auquel l'alcoolisme fait courir le plus grand danger qu'il ait jamais couru.
A. Fenayrou.

XXXVII. Paralysie alcoolique et polynévrite infectieuse ; par le Dr Tiling.

Korsakow a montré qu'à côté de l'alcool, des auto-intoxications variées peuvent produire le type de la polynévrite, avec désordres mentaux d'amnésie.

De nouvelles observations permettront d'établir si les névrites avec amnésie de l'état puerpéral, de la fièvre typhoïde, de la

gangrène, etc. correspondent exactement avec la névrite ou la paralysie alcoolique chronique, généralement incurable.

La névrite alcoolique, en effet, paraît différer par un plus long stage prémonitoire et par l'état de faiblesse psychique et somatique dans lequel elle laisse les malades, des névrites infectieuses post-typhoïde, puerpérale, etc., tandis que, pour ces dernières, l'amnésie et une certaine parésie ou perte de la force ne paraissent pas être de règle.

L'auteur accompagne son travail d'une observation de névrite alcoolique qui peut servir de description à cette affection. (*American Journal of insanity*, oct. 98.) E. B.

XXXVIII. **Hystérie traumatique. Double pied-bot hystérique. Amnésie rétro-antérograde**; par MM. Sicard et Riche. (*Presse médicale*, 15 octobre 1898.)

Observation d'un cas d'hystérie traumatique survenu chez un jeune homme de dix-neuf ans, à la suite d'une chute d'une hauteur de huit mètres. La maladie a présenté les particularités suivantes : contracture des membres inférieurs, lesquels sont croisés en *X*, avec double pied-bot en varus équin, contracture moins prononcée dans la station assise et le décubitus horizontal, sans troubles des sphincters; hypoesthésie et anesthésie cutanées segmentaires; anesthésie kinesthésique des membres supérieurs, et symptômes d'amnésie rétro-antérograde. Sous l'influence seule du traitement psychique par suggestion, la contracture a cédé rapidement, et le malade a recouvré la mobilité absolue de ses membres inférieurs, en même temps que disparaissaient, d'une manière complète, les symptômes d'amnésie.

A. Fenayrou.

XXXIX. **Paralysie faciale guérie en trois semaines par le salicylate de soude**; par M. Catrin. (*Revue médicale*, 8 octobre 1898.)

Observation d'un cas de paralysie faciale survenue chez un jeune homme de dix-huit ans, deux mois environ après une atteinte de rhumatisme articulaire aigu. La maladie a présenté, dans sa symptomatologie, un certain nombre de particularités : déviation de la luette du côté paralysé, immobilité du pilier du voile du palais du côté sain, diminution de l'acuité auditive, anesthésie cornéenne. La constatation des signes suivants : provocation de mouvements fibrillaires par la percussion des muscles paralysés, retard et diminution de la sudation du côté malade après les injections de pilocarpine, déviation de la luette et de la langue, déviation du globe oculaire en haut et en dehors quand le malade voulait fermer les yeux, douleur de la région frontale, anesthésie

cutanée et crânienne, hypoacousie tout à fait anormale, permettait de penser que l'on se trouvait en présence d'un cas sérieux, et de poser un pronostic fâcheux. Néanmoins la guérison a été obtenue en moins d'un mois. Le traitement a consisté uniquement en l'administration de 74 grammes de salicylate de soude, ingérés en vingt-trois jours. L'existence d'un rhumatisme antérieur, jointe aux heureux résultats du traitement par le salicylate de soude, autorisent à supposer que la maladie était due au germe du rhumatisme articulaire aigu. A. FENAYROU.

XL. **Trois cas de névralgie du trijumeau d'origine dentaire non accompagnée de mal de dent** ; par Walter M. THORN. (*Occidental medical, Times*, mai 1898.)

L'auteur rapporte trois observations de sujets atteints de névralgies rebelles sans que l'examen des dents puisse éclairer le diagnostic. L'éclairage par transparence des dents à la lumière électrique permit cependant de découvrir des dents gâtées ; et leur extraction amena la guérison de la névralgie. A.-M.

XLI. **Sur l'ataxie locomotrice** ; par E.-F. TREVELYAN. M. D. London. (*Quarterly medical journal*, juillet 1898.)

L'auteur apporte douze observations très résumées de tabétiques dans la période préataxique, dans la période ataxique et dans la dernière période. Il étudie l'étiologie du tabes, syphilis, hérédité, chaleur, traumatisme ; passe en revue certains symptômes oculaires, l'atrophie tabétique, etc., et insiste sur la fréquence des maladies cardiaques ou artérielles dans le tabes. Pour lui tous les traitements étiologiques ou symptomatiques, antisyphilitiques, hydrothérapie, électricité, révulsion, suspension, etc., doivent êtres tentés et étudiés avec soin, car à l'heure actuelle, certains cas de tabes même pris à leur début sont réfractaires à toute médication. A. M.

XLII. **Ophtalmies sympathiques** ; par MM. SHAW et G. FERDINAND. (*British. medical journal*, juin 1898.)

Le premier article tendrait à renverser dans ses conclusions la théorie d'infection migratrice secondaire à des toxémies par propagation, pour lui substituer celle d'une irritation réflexe secondaire des nerfs ciliaires avec troubles vasotrophiques consécutifs.

Le deuxième article (Dr G. Ferdinand) a trait à des ophtalmies sympathiques survenues très longtemps, (vingt ans) après l'énucléation de l'œil opposé pour lésion accidentelle traumatique. Dans une observation l'ophtalmie sympathique se déclara à l'occasion

de l'application d'un œil artificiel du côté opposé sur un mognon nerveux résultant d'énucléation totale.

Dans le même numéro, une observation de *tumeur du pont de Varole*, par H. HAUDFORD, discutable parce qu'elle n'a pas été opérée, ni controlée anatomiquement. A. MARIE.

XLIII. **L'hystérie chez les enfants**; par le Dr BRUNS.

Dans une monographie des plus documentées, l'auteur examine d'abord les modifications que subissent chez les enfants les symptômes de l'hystérie tels qu'ils sont décrits chez l'adulte.

C'est ainsi que sont successivement passés en revue, les paralysies, les contractures, les réflexes tendineux, l'astasie et l'abasie, ce trouble fonctionnel des membres inférieurs beaucoup plus fréquent chez les enfants que les paralysies et les contractures, l'aphonie, le blépharospasme, le tremblement, les tics convulsifs, la chorée rythmique, les crises, les troubles vésicaux, dont le type est l'incontinence d'urine, les troubles trophiques, les désordres psychiques, etc.

L'hystérie se présente aussi souvent chez les garçons que chez les filles.

Quant à l'opinion que l'hystérie chez les enfants, ainsi que les maladies nerveuses en général, est une résultante de l'excessive civilisation de nos jours, elle est infirmée par l'expérience de nombreux auteurs, car le plus grand nombre des cas d'hystérie grave, les paralysies et contractures, l'astasie-abasie, et surtout les cas types de chorée rythmée, s'observent proportionnellement plus souvent chez les enfants de la campagne, en particulier des villages isolés, que chez les enfants des grandes villes.

Les erreurs de diagnostic à l'égard de l'hystérie peuvent avoir deux causes : soit qu'un trouble organique grave, particulièrement du système nerveux, soit considéré par erreur comme hystérique, soit qu'un trouble organique du système nerveux, de l'estomac, du larynx, du poumon, etc., ait été diagnostiqué, alors qu'il s'agit d'hystérie.

C'est dire que dans les cas difficiles le diagnostic d'hystérie exige des connaissances approfondies de toutes les branches de la médecine, chirurgie, pathologie interne, neuropathologie, ophtalmologie, otologie, etc. ; aussi la réunion de plusieurs spécialistes est-elle souvent nécessaire.

La simulation intervient souvent aussi dans l'hystérie, en particulier chez les enfants; mais il reste à se demander si la simulation elle-même n'est pas déjà une condition psychique morbide et si, un symptôme étant simulé, la base morbide, l'hystérie, n'en existe pas moins.

Si l'hystérie chez les enfants ne se différencie pas d'une manière

essentielle de l'hystérie chez l'adulte, au point de vue du diagnostic, il n'en est pas de même à l'égard du pronostic. Ce dernier est beaucoup plus favorable, en effet, chez l'enfant, pourvu qu'un traitement effectif soit institué à temps et le traitement rationnel doit d'abord commencer par l'éloignement du malade de sa famille.

L'éloignement seul fera cesser les manifestations morbides dans certains cas : c'est ce qui se présente souvent pour les symptômes paroxystiques.

Mais en outre, en même temps que l'hydrothérapie et l'électricité interviendra le traitement psychique dont l'auteur décrit les deux variétés : 1° méthode psychique de surprise, à l'arrivée à l'hôpital, qui réussit bien dans toutes les formes de paralysie et de contracture, dans l'astasie-abasie, l'aphonie, le mutisme; 2° la méthode d'inattention intentionnelle à l'égard du malade.

Quant à l'hypnotisme, il pourra rendre aussi des services, bien que l'auteur ne l'ait jamais employé chez les enfants hystériques.

Lorsque les divers procédés thérapeutiques ont échoué, on a alors le devoir de ne pas aggraver le pronostic par une tentative plus longtemps continuée. L'enfant doit être confié à un autre médecin qui pourra obtenir un meilleur résultat.

En tous cas, les enfants doivent être maintenus en traitement longtemps encore après la disparition des manifestations hystériques. (*The Alienist and neurologist*, juillet 1898.) E. B.

REVUE D'ASSISTANCE ET DE LÉGISLATION.

I. La situation de l'assistance des aliénés dans le duché de Bade; par Krœpelin. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XX. N. F. VIII, 1897.)

Historique. — L'asile de Pforzheim, construit en 1817 pour remplacer un vieil hospice d'incurables, contenait un bâtiment spécial destiné à recevoir les furieux. Au commencement du siècle on avait logé ailleurs orphelins et détenus, de sorte qu'il n'y était resté qu'aliénés et infirmes. Le premier médecin nommé pour ces malades fut Roller, qui prit son service en 1804. En 1826, on transféra les aliénés à Heidelberg en des locaux tout à fait insuffisants ; cela dura néanmoins jusqu'en 1842. — L'asile d'Illenau fut le premier asile construit et ouvert exprès pour les aliénés (1842) ; il devait graduellement devenir insuffisant. En 1864 on dressait les

plans d'un asile de 600 malades, destiné à remplacer celui de Pforzheim ; la Diète ne les accepta pas. En 1874 fut proposé le plan d'une CLINIQUE D'ALIÉNÉS à HEIDELBERG, qui fut terminée en 1878. Les projets simultanés d'une clinique à Fribourg et d'un petit asile pour chroniques, près de Fribourg et près d'Heidelberg, ne furent pas exécutés ; on préférait un grand asile près de Fribourg, pouvant servir en même temps à l'enseignement. Ce plan rencontra également des difficultés, de sorte qu'en 1886 on construisit la CLINIQUE DE FRIBOURG, et en 1889 le GRAND ASILE D'ALIÉNÉS D'EMMENDINGEN, qui est principalement une *colonie agricole*.

C'est ainsi qu'en 1897 on disposait de 2 210 lits. Mais le chiffre d'aliénés avait plus que doublé en ces vingt dernières années. Déjà nous sentons les avant-coureurs de l'insuffisance de l'assistance. En effet, il faut faire attendre les aliénés, on ne peut les recevoir couramment, les transferts des incurables des deux cliniques et de l'asile d'Illenau dans les asiles de Pforzheim et d'Emmendingen n'ont plus lieu régulièrement à cause de l'encombrement de ceux-ci.

Comment cela se fait-il? Parce que la population est plus portée que jadis à faire soigner ses aliénés dans les asiles et qu'elle comprend mieux l'utilité des établissements et leur rôle bienfaisant. Lœhr, en étudiant la statistique de 1852 à 1890, avait pensé qu'il fallait en Allemagne un lit pour 500 habitants au moins. Or, le grand duché de Bade ne possède pour le moment qu'un lit pour 818 habitants et il semble qu'il faille aller plus loin que Lœhr, qu'il serait nécessaire de posséder 3 000 lits. L'encombrement des asiles actuels, l'accumulation des malades agités en des établissements qui ne sont pas installés pour cela, l'agglomération dans le pays d'aliénés qui attendent des vacances, sont démontrés par des chiffres (voir le mémoire). Il en est de même de l'accroissement du nombre des aliénés à soigner par rapport à l'augmentation du chiffre de la population. Chaque année, dans la province du Rhin, le nombre des aliénés ayant besoin d'être placés augmente de 6 p. 100, tandis que la population ne croît que de 1,7 p. 100, ce qui représente annuellement un surplus de 200 malades à hospitaliser. Dans le duché de Bade il faudrait, chaque année, être en mesure de recevoir peut-être 67, au moins 50 aliénés nouveaux. La séquestration des malades atteints de troubles intellectuels acquis y a crû de 122, de 1889-1895. Dès maintenant cinq à six cents malades sont prêts à remplir un nouvel asile et tous les deux ans il conviendrait de compter sur un accroissement minimum de 100 malades.

Le simple agrandissement des asiles existants ne suffirait pas. L'asile d'Emmendingen supporterait, au besoin, un agrandissement pour 100 lits ; celui de Pforzheim qui est destiné aux chroniques a depuis longtemps dépassé ses limites d'extension. L'assis-

tance privée des aliénés (asiles privés utilisés par l'Assistance publique) n'est pas recommandable parce qu'elle échappe à la surveillance administrative ; partout on est revenu de ce symptôme.

Quant à placer des aliénés dans les hospices de cercles (*Kreispflegeanstalten*) voici comment la question peut être comprise. Ces établissements ont bon renom dans le duché de Bade : à la fin de 1896, ils contenaient 44,4 p. 100 d'aliénés parmi lesquels des crétins des idiots, des imbéciles, des buveurs, des épileptiques, des déments et 25 p. 100 d'aliénés par folie acquise. La proportion générale des aliénés dans ces établissements varie de 12,1 à 39,6 p. 100 suivant la disposition de leurs édifices, le volume de l'hospice, la nature de la direction qui partout n'est pas médicale. Les malades aliénés y jouissent d'une certaine liberté, y sont utilement occupés mais ils y sont mal installés, mal surveillés, mal clos. L'action du médecin n'y est pas permanente, le personnel y est rare, les ressources y sont limitées. Aussi ne peut-on utiliser ces hospices que pour les aliénés qui pourraient être soignés chez eux s'ils avaient des parents. Quant aux agités et aux gâteux intermittents, ils y sont attachés faute d'agencements convenables et de personnel instruit. Tout récemment M. Thomann, de Fussbach, signalait que les gardiens y alimentaient à la sonde parce que le médecin habitait à quelques kilomètres delà. Malgré ces inconvénients on a été obligé d'y placer des aliénés de plus en plus. Aussi de 1889 à 1895 la proportion de ces derniers de 24,8 p. 100 atteignait 25,9 p. 100, et les infirmités physiques dans le même espace de temps progressaient de 6,7 p. 100, tandis que les infirmités mentales croissaient de 12,3 p. 100. Ces hospices deviennent donc des demi-asiles d'aliénés sans en posséder les installations correspondantes.

Il faut construire un nouvel asile d'aliénés pour chroniques, un *Pflegeanstalt*, surtout destiné aux incurables. On débarrassera ainsi les autres établissements ; on n'aura pas besoin d'y introduire les installations coûteuses d'un *Heilanstalt* ou asile d'aigus, et l'on donnera ainsi des lits vacants aux autres asiles, notamment à celui d'Emmendingen, pour leurs malades difficiles et susceptibles d'amélioration.

Dans un asile d'aigus, le lit coûte près de 5.000 francs ; dans le nouvel asile de chroniques il reviendrait à 2.500 francs. et même à moins ; le prix de journée y serait aussi moindre. Il ne recevrait que l'excédent des autres asiles, c'est-à-dire des malades déjà examinés et calmes, déments, faciles à conduire[1]. La construction pourrait en être confiée au service des aliénés ce qui réduirait les dépenses, mais l'Etat se réserverait naturellement la surveillance et

[1] Cette manière de voir, prônée il y a quelques années en Allemagne, n'est plus aujourd'hui, en Allemagne même, du goût de tous les spécialistes, à juste raison, suivant nous. P. K.

le droit de confirmer la nomination du directeur dont on exigerait des connaissances psychiatriques suffisantes,

Afin d'éviter les graves inconvénients de l'accumulation dans nos établissements d'aliénés de malades dangereux et *criminels*, auxquels il ne sied pas d'affecter des asiles spéciaux, on annexerait au nouvel établissement des pavillons de surveillance et de sécurité particulières. Construire de tels services à Emmendingen est impossible à raison de sa colonie, de ses dimensions. Une annexe pour 50 criminels et dangereux est tout ce qu'il faut ; on la construirait en construisant l'asile en question. On y pourrait encore faire l'essai d'une *colonisation chez les nourriciers*, quoique la population du duché de Bade ne semble pas propre à ce mode d'hospitalisation.

Enfin il serait bon d'instituer dans le duché de Bade un *conseil de spécialistes* composé par exemple, comme dans le Wurtemberg, par des réunions annuelles de directeurs-médecins. Ce conseil s'occuperait de questions d'assistance et de questions de droit et d'organisation. Il examinait, par exemple, si la région comporte la création de nouveaux lits — s'il faut opérer de nouvelles constructions ou agrandir les asiles — s'il faut et comment il faut pratiquer l'assistance familiale — s'il est bon de construire des asiles pour buveurs — de quelle manière s'impose l'organisation du personnel des infirmiers — s'il est utile d'augmenter le nombre des médecins d'asiles Les *conditions d'admission des aliénés* méritent une réforme, principalement en ce qui concerne les cliniques. Nous n'avons pas l'admission volontaire. Un malade ramassé par la police ne peut être reçu tant qu'une autorité administrative, en l'absence d'autres personnes autorisées, n'a pas établi de réquisition. On ne peut personnellement se présenter pour se faire traiter de troubles intellectuels conscients dans une clinique. Aucun établissement d'aliénés n'a le droit d'admettre des malades dépourvus de parents qu'il serait urgent de traiter, en dehors des heures de service du fonctionnaire du district : ce qui n'empêche, qu'en cas de nécessité, on ne les enferme dans une cellule municipale en attendant que les formalités voulues aient été remplies. Les voici donc séquestrés dans des conditions déplorables, arbitrairement, sur le rapport d'un agent de police ou d'un concierge, parce que la loi a peur de les confier d'emblée à l'assistance régulière et bien ordonnée d'une clinique ou d'un asile.

Les *transferts* comportent des modifications rationnelles. Ainsi à Emmendingen ou à Pforzheim, il est prescrit de recevoir les malades atteints d'un trouble psychique compliqué d'affaiblissement intellectuel ou de démence. Il faut que le bulletin spécifie l'un de ces deux symptômes. L'asile d'Etat n'est pas distingué du grand asile. Les asiles régionaux sont, par définition, destinés à l'aliénation mentale ancienne et aux malades ayant besoin de l'assistance d'un

grand asile. La clinique ne doit contenir que des psychoses à marche rapide jusqu'à la fin. A Emmendingen on enverra plutôt les aliénés valides et supposés capables de travail ; à Pforzheim surtout les aliénés faibles, malpropres.

Pour opérer les transferts on use de formalités cérémonieuses et lentes alors que la rapidité devrait être tout autant de mise que dans l'admission d'un malade pour la première fois.

Les réformes sont urgentes quand on aura fait cesser l'encombrement et elles seraient du ressort du conseil a créer dont nous avons parlé plus haut. P. Keraval.

II. **Une visite à l'Asile de Comté du Wisconsin**; par le Dr Burr.

A propos d'une visite à l'Asile de Comté du Wisconsin, l'auteur fait sur le système des Asiles de Comtés les critiques suivantes :

1° Absence de l'idée d'hôpital;

2° Manque de direction médicale;

3° Soins insuffisants donnés aux malades, particulièrement aux gâteux, aux affaiblis et aux épileptiques;

4° Nombre insuffisant d'infirmiers, ce qui force les malades à rester enfermés, particulièrement l'hiver;

5° Manque d'une surveillance efficace de l'Etat;

6° Manques fréquents dans la direction locale tenant d'une part à l'ignorance des besoins des aliénés et, d'autre part, au désir prépondérant de montrer des comptes financiers avantageux aux commissions de surveillance. (*American journal of insanity*, octobre 1898.) E. B.

III. **Fonctionnement de la Colonie de Craig depuis deux ans et demi**; par le Dr William Spratling.

La Colonie d'épileptiques de Craig a été établie sur un domaine de 757 hectares, dont 258 de forêts, acheté à une société de Shakers.

Deux anciens bâtiments ont été réparés, aménagés en 1895, de façon à pouvoir recevoir 200 malades.

Ces bâtiments sont distants d'un demi-mille l'un de l'autre.

En 1896 a été construit un hôpital pour les cas aigus, médicaux et chirurgicaux. Cet hôpital contient, en outre, un service de consultation externe.

En 1897 ont été construits un bâtiment administratif, des cottages pour les médecins et les employés, des écuries, des étables, un grand bâtiment industriel avec des ateliers de charpentiers, de menuisiers, de tapissiers, etc., puis une école.

75 p. 100 des hommes sont employés aux travaux de la Colonie, en particulier aux travaux de la ferme et des champs.

81 p. 100 des femmes sont employées aux travaux de couture, buanderie, etc.

Toute la viande consommée à la Colonie y est tuée et préparée. Le régime alimentaire est, pour la plus grande partie, composé de légumes, pain, lait et œufs, tous produits fournis par la Colonie elle-même.

Un examen des plus complets du malade est fait à son entrée à la Colonie, en même temps que les antécédents sont recherchés auprès de la famille.

A chaque malade correspond une fiche où les crises sont notées.

Il arrive souvent qu'à leur entrée à la Colonie les malades sont en quelque sorte intoxiqués par des doses énormes de bromure prises depuis longtemps.

Dans ce cas, la suppression immédiate du bromure, en même temps que l'exercice au grand air, une bonne nourriture, donnent de remarquables résultats.

En ce qui concerne le traitement pharmaceutique, le remède souverain de l'épilepsie est encore à trouver.

Le bromure, dont la valeur est vantée, n'a qu'une tendance à faire disparaître les phénomènes convulsifs, mais il n'a pas d'effet curatif sur l'affection elle-même en éloignant la cause.

L'exercice systématique, qui active la circulation, fait bien digérer, donne un bon sommeil; voilà, avec une nourriture saine et bien préparée, le véritable facteur du traitement de l'épilepsie, et c'est pour réaliser cet exercice sous toutes ses formes qu'ont été créées les installations variées de la Colonie.

Aucun malade ne sort de la Colonie comme guéri avant que deux ans se soient écoulés depuis sa dernière crise.

Prochainement sera réalisé le projet de créer de nouvelles constructions et de répartir les malades dans divers cottages dont chacun constituera un tout pouvant se suffire.

Il y aura 8 cottages de chacun 12 femmes; 2 de chacun 30 enfants et un certain nombre de cottages comprenant chacun 10 à 12 hommes. (*American journal of insanity*, octobre 1898.) E. B.

IV. Le second hôpital pour les aliénés de l'Etat de Maryland; par le Dr ROHÉ.

Ce nouvel hôpital pour les aliénés représente le type de l'*Open door*. Il se compose d'un bâtiment central pour les services généraux et de trois cottages éloignés l'un de l'autre, disséminés dans un parc de 294 hectares.

Les divers groupes d'habitation sont reliés par un petit tunnel souterrain pour le passage de l'électricité, de l'eau chaude, du téléphone, etc.....

Aucune des portes ou fenêtres du rez-de-chaussée des cottages n'est fermée à clef et, malgré cela, le nombre des évasions ne s'est pas élevé à plus de 5 p. 100.

L'hôpital actuel est construit pour 200 malades. (*American journal of insanity*, juillet 1898.) E. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 29 *janvier* 1899. — PRÉSIDENCE DE MM. MEURIOT ET VOISIN.

M. MEURIOT, avant d'abandonner le fauteuil de la présidence, passe en revue, dans une allocution très documentée, les travaux de la Société, au cours de l'année qui vient de s'écouler et résume avec impartialité les discussions auxquels ils ont donné lieu. Il invite ensuite M. Voisin à le remplacer et lui souhaite la bienvenue.

M. J. VOISIN remercie la Société dont les suffrages l'ont appelé à la présidence.

M. CHRISTIAN, rapporteur de la Commission des comptes, demande leur approbation et émet le vœu que la Société, dont les finances sont prospères, rétablisse le prix Esquirol en prenant à sa charge les frais qu'entraînera la distribution de ce prix.

M. LE TRÉSORIER craint qu'on ne puisse le décerner cette année, en raison de l'obligation où il se trouve d'acheter un meuble de bibliothèque.

M. CHARPENTIER préfèrerait que cet argent fut employé à rendre bimensuelles les *Annales médico-psychologiques*. La Société charge le Bureau d'examiner la proposition de la Commission des finances relative au prix Esquirol.

La descendance des paralytiques généraux.

M. ARNAUD a relevé la descendance de 60 paralytiques généraux et a trouvé 18 fois des tares vésaniques ou névropathiques. Une première conclusion se dégage donc des faits, abstraction faite de

toute théorie : de par son hérédité le paralytique général peut être un danger pour sa descendance. Un autre fait incontesté, c'est la fréquence de la syphilis dans les antécédents personnels du paralytique. Par là aussi leurs enfants peuvent être exposés aux manifestations de l'hérédo-syphilis.

La question ne lui semble pas d'ailleurs comporter une réponse générale. Au lieu de considérer les paralytiques en bloc, il faut les distinguer par catégories, suivant la nature de leurs antécédents héréditaires. Il y a là une question d'espèce. C'est pourquoi M. Arnaud demande à la Société de maintenir à son ordre du jour la question de la descendance des paralytiques généraux.

M. Briand voudrait que lorsqu'on parle de la descendance des paralytiques généraux, on fit tout d'abord, ce qui n'a pas été indiqué dans la statistique de M. Arnaud, le départ entre les fils de paralytiques dont les pères sont eux-mêmes exempts de toute tare héréditaire et ceux lesquels pèse une hérédité antérieure à la paralysie générale. Pour que les faits qui pourront être apportés en faveur de l'influence de la paralysie générale sur la descendance soient probants, il faudra aussi démontrer que si le fils est taré, il est bien *réellement* le fils du paralytique et aussi que l'autre ascendant qui lui a donné le jour est indemne de toute hérédité vésanique. Enfin et surtout il faudra distinguer les enfants conçus avant la syphilis, de ceux conçus postérieurement à elle, mais avant l'éclosion de la paralysie générale et de ceux conçus après l'apparition des troubles mentaux.

M. Arnaud croit, en effet, que cette distinction est nécessaire.

M. Charpentier. — J'ai vu comme tout le monde ici des fils de paralytiques généraux qui étaient sains d'esprit et d'autres qui étaient des idiots.

M. Vallon. — C'est une idée trop généralement répandue qui fait croire que les fils des paralytiques n'ont rien à craindre pour eux. Cet optimisme est dangereux. Beaucoup plus souvent qu'on ne le pense, en effet, les paralytiques donnent le jour à des enfants dont le système nerveux est lésé d'une façon quelconque.

M. Joffroy. — J'ai observé, depuis cinq ou six ans, une dizaine de paralytiques généraux dont les parents avaient été manifestement atteints eux-mêmes de paralysie générale. J'ai pu me convaincre du diagnostic relatif aux parents en consultant des documents officiels où figuraient des certificats signés d'aliénistes dont la compétence était indiscutable. Pour ce qui est de celui des enfants, j'ai pu le vérifier moi-même. Le paralytique général peut donc engendrer un paralytique général.

M. Christian trouve la question intéressante, mais d'une solution difficile. Il ne comprend pas comment ceux qui admettent l'étiolo-

gie syphilitique peuvent expliquer qu'une diathèse, si manifestement héréditaire, perde ce caractère chez les paralytiques généraux.

Pour M. CHRISTIAN, si les enfants naissent avant l'éclosion de la paralysie générale, ils seront indemnes. S'ils naissent après que le père a été frappé de méningo-encéphalite, ils n'ont rien à craindre, car ils ne sont pas de lui : l'impuissance est en effet l'un des premiers symptômes de la terrible démence. MARCEL BRIAND.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du lundi 20 *février* 1899. — PRÉSIDENCE DE M. JULES VOISIN.

M. Jules VOISIN, vice-président et M. BÉRILLON, secrétaire général, lisent les discours qu'ils ont prononcés aux obsèques de M. le Dr Dumontpallier, président de la Société.

M. VLAVIANOS présente une malade atteinte d'agoraphobie et traitée avec succès par l'hypnotisme. Il expose à ce propos toute la question des phobies en général et de l'agoraphobie en particulier. Il rappelle que cette dernière a été très bien décrite par Hippocrate. Les phobies les plus variées décrites sous des noms multiples doivent trouver place dans les traités de maladies nerveuses et mentales ; c'est dans ce cadre qu'il faut faire rentrer les crampes professionnelles, comme la crampe des écrivains ou *graphophobie*, le bégaiement, la peur de parler ou *laliophobie*, la peur de coudre ou *raptophobie*, etc.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL rappelle le cas d'une agoraphobique qui rasait les murs et ainsi usait ses vêtements du côté gauche. Ces sortes de malades sont souvent des abouliques et c'est la rééducation de la volonté qu'il faut d'abord tenter pour rendre efficace le traitement suggestif de l'agoraphobie.

M. BÉRILLON présente une hystérique qui, il y a six mois, à la suite d'une violente émotion a eu une crise d'étouffement et est restée quatre jours sans manger, depuis lors, ses règles n'ont pas reparu. Son pouls a marqué à cette époque 150 pulsations ; il est maintenant à 145. Après suggestion pendant le sommeil hypnotique, le pouls se ralentit et tombe à 115, 110, 100. C'est ce que prouvent de nombreux tracés sphygmographiques. Il y a donc là une nouvelle preuve du pouvoir que peut exercer l'hypnose sur un certain nombre de phénomènes circulatoires.

M. Pau de Saint-Martin rappelle que dans sa thèse soutenue en 1870, il a déjà signalé le ralentissement du pouls pendant le sommeil hynotique, sans qu'il y ait suggestion verbale. Le sommeil hynotique est donc capable de produire des effets physiologiques en dehors de la suggestion verbale.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Séance du 24 avril 1898.

G. Rossolimo. — *Ataxie cérébelleuse héréditaire* (avec démonstration des malades).

L'orateur a eu l'occasion d'observer trois malades, une sœur et deux frères (les deux derniers ont été présentés à la Société), atteints de la même affection, et dont l'hérédité, en dehors de l'alcoolisme du père, ne présente rien d'anormal. Personne dans leur famille ne présente de strabisme ou de démarche titubante. Les malades ont encore une sœur et deux frères, tous bien portants.

Voici leurs observations résumées.

I. Olga S... (2e enfant), âgée de vingt-neuf ans, née à terme, sans dystocie, se développait lentement, toujours d'une intelligence médiocre et peu habile dans ses mouvements. A l'âge de vingt-deux ans, traumatisme violent du genou droit, à la suite duquel a commencé à remarquer, en même temps qu'une certaine faiblesse de la jambe droite, que sa démarche devenait de plus en plus incertaine et vacillante. Plus tard, tremblement et maladresse des mouvements des mains. Depuis quelques mois seulement, diplopie.

Etat présent. — Front étroit et déclive, occiput aplati ; petits doigts courts. — Tremblement des mains avec incertitude dans leurs petits mouvements ; écriture irrégulière (ataxique) avec tremblement léger. Démarche ataxique cérébelleuse. Instabilité, impossibilité de se tenir sur un pied. Développement considérable de la musculature des membres inférieurs. Sentiment de lassitude dans les jambes. Exagération des réflexes rotuliens. Parésie des muscles obliques supérieurs droits.

II. Michel S... (5e enfant), vingt-quatre ans, né à terme, sans

dystocie, se développait normalement. Depuis l'âge de quatorze ans jusqu'au dernier temps, il s'adonnait à la masturbation. A l'âge de dix-huit ans, maladie fébrile de deux mois de durée, à la suite de laquelle la démarche devint vacillante, plus tard, maladresse des mouvements des mains. A l'âge de dix-neuf ans, le strabisme externe qui avait existé auparavant s'accentua, en même temps qu'apparut de la diplopie. Intelligence toujours médiocre.

Etat présent. — Front bas et déclive. Parésie de la mimique asymétrique, exagérée. Rire niais. Parésie du muscle droit interne (oculaire) des deux côtés. Maladresse dans l'exécution des petits mouvements des doigts, écriture légèrement ataxique. Faculté d'hyperextension de la deuxième phalange de l'index gauche. Plantes voûtées. Instabilité des jambes, impossibilité de se tenir sur un seul pied. Démarche ataxique cérébelleuse. Développement considérable de la musculature des membres inférieurs. Sentiment de lassitude dans les jambes. Exagération des réflexes rotuliens, léger clonus des pieds. — Hémicranie. — Parole irrégulière, saccadée.

III. Nicolas S... (6e enfant), dix-sept ans, né à terme et sans dystocie, se développait normalement; intelligence médiocre. Depuis l'âge de dix jusqu'à l'âge de treize ans, pratiques de masturbation. A partir de l'âge de treize ans, démarche vacillante à évolution progressive. A l'âge de quatorze ans, parole ralentie.

Etat présent. — Occiput aplati, front déclive, mimique exagérée, secousses cloniques choréiformes, de courte durée dans les muscles inférieurs de la face; contractions intentionnelles dans les muscles supérieurs de la face.

Parole irrégulière, par à coups et saccades, zézaiement; voix de tête, aiguë. Rire facile. Maladresse dans les petits mouvements des mains. Ecriture ataxique. Instabilité des jambes, impossibilité de se tenir sur un seul pied. Démarche ataxique cérébelleuse. Sentiment de lassitude dans les jambes. Exagération des réflexes rotuliens, clonus des pieds. Plantes voûtées. Hypertrophie vraie des muscles des cuisses et des jambes. Parésie du muscle droit oculaire interne et du côté droit. Hémicranie.

Diagnostic. — Ataxie cérébelleuse héréditaire.

Particularités familiales du cas : 1° Parésie des muscles droits oculaires internes (obs. II et III) et du muscle oblique supérieur (obs. I) (dans les observations précédentes des auteurs on notait plus souvent la participation du muscle droit externe); 2° hypertrophie vraie des muscles des membres inférieurs, par suite d'un exercice exagéré (hyperfonction) en vue de la conservation de l'équilibre; 3° l'éclosion de l'ataxie est précédée par d'autres affections : traumatisme du genou (chez la malade I); maladie fébrile (chez la II); masturbation prolongée (chez les malades II et III).

Discussion : M. le professeur Kojewnikow rappelle l'observation de Pelizæus de sclérose disséminée familiale, qu'on peut rattacher à cette catégorie d'observations. Il parait nécessaire d'admettre que dans les cas d'ataxie cérébelleuse héréditaire, l'arrêt de développement s'étend en dehors du cervelet à d'autres régions du système nerveux (la moelle épinière dans le cas de Nonne), et notamment aux régions motrices.

II. S. Nalbandow. — *Contribution à la symptomatologie de la syringomyélie* (type Morvan).

Nalbandow présente une jeune femme qu'il avait d'abord examinée dans la clinique du professeur Kojewnikow. Son affection a débuté vers la fin de 1895, par des panaris multiples, douloureux, Ceux-ci apparaissaient aux doigts et aux orteils, en même temps avec d'autres troubles trophiques (bulles, gangrène des phalanges terminales), et se répétaient jusqu'au dernier temps. Parmi d'autres symptômes en dehors de ceux de l'hystérie, on note un abaissement de tous les modes de la sensibilité, des paumes et des plantes, et dans le domaine des branches supérieures du trijumeau.

L'auteur fait le diagnostic de la syringomyélie et s'arrête sur la valeur des panaris douloureux comme un des symptômes initiaux de la syringomyélie, pouvant précéder tous les autres. Le fait de l'existence du panaris douloureux comme symptôme isolé, permet de croire qu'il existe dans la moelle un centre trophique ou vasomoteur, nettement différencié et localisé.

MM. Préobrajenski, Roth et Mouratow prennent part à la discussion.

III. L. Minor. — *Dissociation syringomyélique de la sensibilité dans les myélites transverses* (à propos d'un travail récent de M. Marinesco).

L'orateur rectifie une inexactitude qui s'est glissée dans un travail de M. Marinesco, publié dans la *Semaine Médicale*, 1898, nº 20. Dans ce travail, M. Marinesco prétend que la dissociation syringomyélique de la sensibilité n'a encore jamais été notée dans les myélites transverses. Or. M. Minor avait parfaitement noté l'existence de ce symptôme au cours des myélites transverses dans son rapport fait au XIIe congrès international de Moscou.

Secrétaires des séances : A. Bernstein, B. Mourawiew.

Séance du 18 *septembre* 1898.

I. N. Schoen. — *Deux cas d'infantilisme.*

L'orateur rappelle d'abord l'observation du malade D... (âgé de vingt-un ans et ayant l'air d'un enfant de dix ans) qu'il a présenté à la séance du 20 mars dernier et chez lequel le traitement thy-

roïdien institué pendant un mois, n'a donné aucun résultat appréciable.

Il présente ensuite une autre malade S... âgée de quatorze ans et demi, issue d'une famille de dégénérés et qui a subi un arrêt de développement général à l'âge de deux ans et demi à trois ans. Sa taille, avant le traitement, était de 88 centimètres. La malade présentait des signes non équivoques de myxœdème, des altérations rachitiques du squelette, une série de signes de dégénérescence, un manque de développement des organes génitaux ; du côté psychique : apathie et idiotisme. Les épreuves radiographiques montrent l'arrêt du processus d'ossification.

Après un traitement par la thyroïdine, continué pendant quatre mois, la taille a rapidement augmenté, elle est maintenant de 93 cent. 5 ; les membres supérieurs se sont allongés de 18 p. 100 de leur longueur initiale, les paumes des mains de 36 p. 100, les jambes, de 23 p. 100 ; les plantes, de 13 p. 100. Le mont de Vénus s'est couvert de poils. L'état psychique a subi également un changement très prononcé.

En comparant ses observations à celles des auteurs français, l'orateur rattache le malade D, au type Lorain, bien que certains signes le rapproche du type myxœdémateux, tandis que la malade S... appartient à la catégorie des infantiles myxœdémateux. Il rappelle l'hypothèse de Hertoge, qui admet une étiologie générale et unique pour tous les cas d'infantilisme et caractérisa la pathogénie de ce phénomènes par le terme « dysthyroïdie ».

Discussion : M. Mouratow ne pense pas que le 1er malade D... présente des symptômes de myxœdème ; par contre, la IIe malade S... est plutôt une myxœdémateuse qu'une infantile. Le terme « infantilisme » ne saurait guère être appliqué à des cas pareils.

M. Kojewnikow pense que l'infantilisme reconnait des causes pathogéniques multiples et qu'il n'est pas rationnel de généraliser diverses formes d'arrêt de développement sous un même terme d'infantilisme.

MM. Vorobieff et Serbsky prennent également part à la discussion.

II. K. Adelheim présente le nouveau périmètre du Dr Ascher.

III. L. Minor. — *Courte notice à propos de la lettre du professeur Pick sur les troubles de la sensibilité dans les myélites transverses.*

Le travail de M. Marinesco, qui se croit être le premier à avoir signalé l'existence de la dissociation de la sensibilité dans les myélites transverses, a provoqué, en dehors de la note de M. Minor toute une série de contestations de la part de van Gehuchten, Brissaud, Bruns et Pick. Dans sa lettre, publiée dans le *Neurol.*

Centralbl., 1898, nº 13, le professeur Pick reproche à M. Minor d'avoir à son tour oublié que c'est lui, Pick, qui le premier a décrit, il y a longtemps déjà, des troubles syringomyéliques de la sensibilité au-dessus de la zone de l'anesthésie complète dans un cas de myélite transverse.

Or, le cas de M. Pick est fort ancien, il a été publié il y a dix-huit ans et caché dans un travail volumineux qui porte un titre fort obscur et sans la moindre allusion au point controversé (*Nouvelles contributions à la Pathologie et à l'Anatomie du système nerveux central*). Il a donc parfaitement pu passer inaperçu par lui et par les autres auteurs, ce qui est arrivé en effet. Le reproche que M. Pick adresse à M. Minor est donc peu justifié, tandis que le cas de M. Marinesco est très différent. En effet, le travail de M. Minor où se trouvent signalés les troubles syringomyéliques dans les myélites transverses, est tout récent, datant à peine de sept mois; il a été lu en présence de M. Marinesco; les conclusions et les thèses de ce travail ont été publiées dans le même journal (*Semaine Médicale*) où parut plus tard le travail du M. Marinesco. En outre, M. Minor a remis à M. Marinesco une série de préparations se rattachant à ce travail, et cette remise a été accompagnée d'explications très détaillées. M. Minor est donc bien en droit de reprocher à M. Marinesco d'avoir oublié son travail et d'avoir omis de reconnaitre que M. Minor avait signalé avant lui l'existence de la dissociation de la sensibilité dans les myélites.

Secrétaires des séances : G. Rossolimo, N. Versiloff.

Séance du 9 octobre 1898.

I. N. Solovtzow. — *Hydrocéphalie et hydromyélie comme source de diverses monstruosités du système nerveux central.*

La syphilis congénitale, qui dans les organes internes apparait sous forme de gommes miliaires, se révèle dans le système nerveux central par des inflammations chroniques des vaisseaux, ce qui amène un trouble dans la sécrétion de la lymphe et aboutit à une dilatation des vésicules primitives du névraxe.

Selon que le processus atteint l'une ou l'autre de ces vésicules les déformations tératologiques diffèrent de siège et d'aspect.

L'hydrocéphalie se généralisant à toutes les cinq vésicules cérébrales, aboutit à l'absence complète de la voûte cranienne et à l'arrêt de développement de tout le cerveau, lequel apparait alors sous forme d'une vésicule ou d'une pellicule mince couvrant la base du crâne.

L'hydrocéphalie se limitant à la première vésicule cérébrale, il en résulte l'absence des hémisphères; se limitant à la deuxième, troisième, quatrième ou cinquième, elle aboutit respectivement à l'absence des couches optiques ou à la dilatation, voire même à

l'ouverture de l'aqueduc de Sylvius, ou enfin à l'absence du cervet. En outre, la perte d'une vésicule quelconque entraine fatalement celle des système nerveux qui y prennent leur origne ou qui s'y terminent; de même que la perte des centres, d'où partent ces systèmes de fibres. Ainsi l'absence du cervelet entraine l'absence du faisceau cérébelleux direct, des fibres arciformes, etc., etc. La perte des hémisphères et des couches optiques entraine celle des pyramides, de la couche extraolivaire, du laqueus et de toutes les fibres qui forment le pied du pédoncule. L'œdème du canal central de la moelle donne lieu soit à l'hydromyélie, soit à la formation du spina bifida, ce qui de son côté provoque l'abaissement de la partie dorsale du bulbe (dans le spina bifida de la région dorsale) ou seulement du vermis (dans la spina bifida de la région sacrale).

Discussion : M. Minor attire l'attention sur les conditions mécaniques qui accompagnent les manipulations de l'extraction de la moelle pendant l'autopsie, et qui peuvent donner lieu à des déplacements ou des dédoublements de la moelle épinière, surtout chez les nouveau-nés.

Il regrette en outre que l'orateur n'ait pas fait l'examen de l'épithélium du canal central dans les cas sur lesquels il s'appuie.

M. Mouratow ne croit pas qu'on puisse expliquer les diverses monstruosités indiquées par M. Solovtzow par le seul fait de la compression exercée par le liquide épanché. D'autre part le rôle de la syphilis dans les cas de S..., n'est pas suffisamment démontré. Dans ses recherches microscopiques, M. S... a eu le tort de négliger l'examen de la névroglie.

M. Kojewnikow ne peut pas admettre que les altérations vasculaires dans les cas de M. S... soit de nature syphilitique. Elles peuvent être secondaires, consécutives au manque de développement de la substance nerveuse.

II. T. Rybakoff. — *Contribution à la pathologie de la cellule nerveuse et de ses prolongements.*

L'auteur a examiné d'après la méthode de Golgi, les cellules de l'écorce cérébrale des cobayes qui avaient subi un empoisonnement plus ou moins prolongé (de cinq à trente jours) par le plomb. Les altérations consistent généralement en ceci que les prolongements perdent leurs contours réguliers et uniformes, ils présentent des renflements multiples, fusiformes ou sphériques; dans quelques cas, on voit le prolongement se désagréger en une série de petits tronçons, ayant l'aspect de gouttelettes; en même temps les petites épines qui à l'état normal garnissent les prolongements des deux côtés disparaissent plus ou moins. Ces altérations sont plus prononcés dans les couches superficielles et

affectent surtout les panaches protoplasmiques. Elles commencent par les plus fines branches des dendrites et s'étendent graduellement aux troncs plus épais jusqu'à atteindre le corps cellulaire lui-même, lequel se déforme alors, se gonfle et se recoqueville.

Des faits analogues ont été observés par divers auteurs dans des circonstances pathologiques très différentes.

L'auteur pense que toutes ces altérations tiennent à l'action directe sur la cellule de la substance nocive, quelle que soit la nature de celle-ci. Il s'agit d'un processus destructif sans doute, pourtant dans les cas légers la restitution *ad integrum* du prolongement peut s'opérer.

MM. Mourawieff et Kojewnikow prennent part à la discussion.

III. W. Mourawieff. — *Un cas de désagrégation aiguë de la myéline dans le système nerveux central et périphérique ; sarcomes multiples.*

Malade âgé de vingt-deux ans ; pas de syphilis ; abus d'alcool ; chancre mou il y a un an. Pendant un séjour à la clinique a présenté une série des troubles du côté de l'appareil neuro-musculaire et des articulations des membres inférieurs. A l'autopsie on trouva une sarcomatose étendue de la peau et des organes internes; en outre tumeur sarcomateuse large et peu proéminente de la dure-mère cérébrale, et une autre tumeur molle de la dure-mère spinale dans la région dorsale moyenne. Dans tous les nerfs périphériques examinés sous le mircroscope, on a constaté une désagrégation de la gaine de myéline en segments irréguliers, ce qui constitue le premier stade de la névrite. Dans la substance blanche de la moelle et du cerveau, on voit sur des préparations faites d'après la méthode de Busch, un grand nombre de petits tronçons, provenant d'une désagrégation de la myéline. En outre, on a trouvé une dégénération des racines et des cordons postérieurs. L'auteur explique cette désagrégation aiguë de la myéline par une auto-intoxication, par suite de l'extension de la sarcomose, vu l'absence de tout autre facteur étiologique plausible. Les muscles des membres inférieurs présentaient le tableau de la myosite interstitielle, avec atrophie et désagrégation partielle des éléments musculaires.

Discussion : M. Kojewnikow fait remarquer que les altérations décrites par l'auteur ont pu se produire sous l'influence du marasme général.

Secrétaires des séances : G. Rossolimo, N. Versiloff.

BIBLIOGRAPHIE.

VII. *The Bulletin of the Ohio Hospital for Epileptics*. January, 1898.

Cette publication, qui doit paraître à intervalles irréguliers, est consacrée aux travaux faits dans l'asile des épileptiques de Gallipolis. Le premier numéro contient un extrait du *Rapport annuel* de l'administrateur, — un médecin ; — une description du *laboratoire pathologique, communs* à tous les médecins (avec figure) ; — la relation détaillée de six cas d'*épilepsie* avec autopsie, par Ohlmacher (3 pl.) ; — de la ressemblance des cas précédents d'épilepsie avec certaines maladies associées à une hyperplasie thymique, par le même ; — l'assistance des épileptiques par les colonies, par Rutter ; — l'établissement d'un institut pathologique d'État, par le même ; — deux cas de méningite typhoïde, par Ohlmacher ; — technique microscopique et cas d'abcès cérébelleux consécutif à un abcès de l'oreille moyenne, par le même. — Comme on le voit, ce premier fascicule est intéressant. Nous donnerons le sommaire des numéros suivants dès qu'ils nous seront parvenus.

VARIA.

Statistique des idiots dans les pays scandinaves. Insuffisance de renseignements en France.

Nous avons reçu la lettre suivante :

Copenhague. Danemark, le 7 janvier 1899.

Mon cher confrère,

Dans le nouveau *Journal scandinave pour l'assistance des idiots, aveugles et estropiés*, je désire publier un rapport international comparatif du nombre des places pour imbéciles et idiots dans les établissements spéciaux de l'Europe. Je vous prie de m'aider à répondre à la question relative à la France.

Le *Danemark* a maintenant une population de deux millions d'habitants et 1,200 places (dans deux établissements) pour les idiots, c'est-à-dire 1 p. 1.666. — En *Norvège*, la population est de deux millions et le nombre des places pour imbéciles (dans quatre établissements) est de 450, c'est-à-dire 1 p. 4.444. — En *Suède*, il y

a 813 places pour imbéciles et la population est de cinq millions, c'est-à-dire 1 p. 6.150.

En France, la population est de 38 millions. Combien y a-t-il de places pour les idiots dans les établissements spéciaux ?

J'ai lu votre rapport de 1894 avec un grand intérêt. Dites-moi, je vous prie, si les chiffres sont les mêmes qu'en 1895 ? — Je suis votre

Christian Keller,
Médecin en chef de l'Institution Keller.

Nous sommes humilié de ne pouvoir répondre à notre honorable correspondant. Les renseignements que nous avons donnés dans notre Rapport de 1894 ont été rassemblés par nous et sans l'aide de l'Administration qui n'a pu rien nous fournir. Bien des fois nous avons réclamé d'elle des statistiques sur les enfants anormaux, en particulier sur les idiots, et cela tout à fait en vain. Le devoir de l'Administration est pourtant de se renseigner, de connaître exactement la situation, afin d'éclairer les législateurs, les éducateurs et le public. Si la loi sur l'obligation de l'instruction primaire était appliquée comme elle devrait l'être, on connaîtrait tous les anormaux et on pourrait se rendre compte de ce qu'il y a à faire pour eux. B.

Nécessité de l'hospitalisation et du traitement des Idiots.

Le *Petit Var* du 12 février rapporte le fait suivant :

Trois jeunes gens de La Seyne, C..., F... et O..., dit le *Petit Var* du 12 février, sont inculpés de coups et blessures. Le jeune homme O., qui est *faible d'esprit*, était en butte aux *taquineries* continuelles de ses camarades qui abusaient de son *imbécillité*. Un beau jour, il s'est rebiffé et a donné un léger coup de canif à ses agresseurs C. et F., qui l'ont alors roué de coups. Me Leenaerts plaide pour le malheureux O. qui s'en tire avec trois mois de prison effacés par le bénéfice de la loi Bérenger. Les peu intéressants C. et F. sont gratifiés de six jours de prison.

Nouveau fait à joindre à beaucoup d'autres et qui vient montrer une fois de plus la nécessité de la réforme hospitalière que nous réclamons depuis si longtemps : création d'asiles départementaux pour l'assistance et le traitement médico-pédagogique des idiots. Nous profitons de l'occasion pour rappeler que les idiots de toute catégorie, enfants ou adultes, doivent être considérés comme des aliénés, dans la

grande majorité des cas; qu'ils sont sujets à des périodes d'excitation, à des impulsions qui les rendent dangereux; qu'ils commettent des actes de violences, griffent, mordent, battent les autres enfants, qu'ils sont destructeurs, ont des instincts pervers, etc. A cet égard, même des enfants de deux ou trois ans doivent être séparés de leurs familles et hospitalisés. B.

L'ALCOOLISME CHEZ LES ENFANTS.

Nous avons eu souvent l'occasion de relater des observations d'idiotie due à des lésions méningitiques ou encéphaliques, consécutives à l'alcoolisme chez les enfants et aussi de relever des faits sommaires consignés dans les journaux politiques. A tous ces faits dont les plus récents figurent dans notre précédent numéro, nous en ajouterons un nouveau, cité par le *Bonhomme Normand* (17 fév.) : « Un enfant de trois ans, de Mainsec (Charente), est mort pour avoir bu le quart d'un litre de rhum que sa mère avait laissé sur la cheminée. »

Plus qu'autrefois, les médecins, en présence d'accidents cérébraux chez les enfants doivent songer, comme étiologie, à l'intervention de l'alcoolisme. B.

UNE VISITE A LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE GIESSEN (Grand duché de Hesse); par le Dr LADAME.

D'après M. Sommer, les avantages de l'asile clinique de Giessen, où le no-restraint est en honneur, peuvent se résumer dans les points suivants :

1° L'abondance des locaux pour les recherches scientifiques et pour l'enseignement psychiatrique;

2° La multiplicité des salles spécialement aménagées pour la surveillance continue;

3° L'annexe à la salle de surveillance de locaux de réunion, de cabinets de bains et de water-closets;

4° L'organisation d'un cabinet spécial pour l'examen scientifique des malades, à côté de la salle de surveillance;

5° La connexion étroite de cette salle avec les cellules d'isolement;

6° La situation des appartements des médecins à proximité des salles de surveillance continue.

Il est bon de noter qu'on trouve à Giessen un infirmier pour trois malades et qu'outre le professeur de clinique, qui remplit les fonctions de directeur-médecin en chef, il y a quatre médecins assistants; l'asile peut recevoir 100 malades, mais le nombre habituel des malades présents pendant les derniers mois a oscillé entre 50 et 62. (*Annales médico-psychologiques*, déc. 1898.) E. BLIN.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés de France. — *Asile de Bron.* — Le concours de l'internat de l'Asile s'est terminé par les nominations suivantes : Interne titulaire, M. Faure. — Internes suppléants, MM. Tissot, Lhoste, Buvat, Vires et Maussire. (*Gazette Médicale de Paris*, du 18 février 1899.)

Nécessité de l'Assistance des Aliénés. — Mme Louise Brissaud, soixante ans, épouse Vivial, demeurant à Gensac, a été brûlée vive pendant l'absence de son mari. Cette malheureuse ne jouissait pas de toute ses facultés mentales et on suppose qu'elle aura voulu jouer avec le feu. De là l'accident. La gendarmerie en a dressé procès-verbal. (*Indicateur de Cognac*, 12 janvier 1899.)

Alcoolisme : Ses conséquences. — A Longueville (Seine-Inférieure), le nommé Henri Ansont, 23 ans, ivrogne et mauvais sujet, avait bu avec Jean Duhamel, 62 ans, journalier. Ils se grisèrent et se querellèrent. Alors Ansont assomma le vieillard d'un coup de pelle à feu sur la tête, puis il porta le cadavre dans un champ où on le retrouva. Ansont, ayant été arrêté, a avoué son crime. (*Bonhomme Normand*, février.)

— Un journalier, Victor Leprince, âgé de quarante-six ans, a été trouvé pendu hier matin dans le bois de Chamasson, près Limours. Ce désespéré se livrait à la boisson.

— A Pussay, près d'Angerville, M. François Dorgère, âgé de soixante-seize ans, garde champêtre, s'est pendu à un arbre. On attribue ce suicide à l'alcoolisme. (*Petit Journal*, 22 novembre.)

Traitement des imbéciles et des épileptiques. — Le *Local Governement Bord* a sanctionné l'acquisition d'un vaste domaine faite par le *Leicester Bord of Guardians* dans le but de faire une expérience pour le traitement des imbéciles et des épileptiques qui sont actuellement dans le *Workhouse* de Leicester. Le projet en question est le résultat d'une enquête instituée sur le Continent par le *Chorlton Bord of Gardians* avec l'intention de se rendre compte des avantages de la méthode de traitement adoptée en Belgique et en Allemagne.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 399

Vol. VII. Avril 1899. N° 40

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

MYSTICISME ET FOLIE [1];

Par le Dr A. MARIE,
Médecin en chef de la Colonie de Dun.

Sous la dénomination de *délires mystiques* on ne saurait tenter une réhabilitation de l'entité morbide que les anciens auteurs décrivaient sous le nom de *folie religieuse.* Elle a vécu comme les monomanies qui ont fait place aux délires systématisés. Nous pensons donc qu'il y a lieu de rattacher les psychoses où se rencontrent des conceptions délirantes de nature religieuse à des types cliniques mieux définis, dont les délires mystiques ne sont que des modalités ; aussi avons-nous seulement en vue ici une question de séméiologie.

Nous esquisserons d'abord un court résumé des conditions générales de milieu, de temps, de lieu, d'éducation et d'hérédité, qui favorisent l'éclosion des délires mystiques.

En ce qui concerne les psychoses religieuses du moyen âge, les causes furent vraisemblablement les mêmes que pour les psychoses identiques qu'on peut encore observer de nos jours bien qu'exceptionnellement. Elles ont été maintes fois étudiées et nous nous contenterons de renvoyer aux documents historiques que nous indiquerons à la fin de ce travail. La synthèse en a d'ailleurs été magistralement faite

[1] La mise à l'étude pour le Congrès de Marseille, des *délires systématisés secondaires,* nous a engagé à écrire cet article qui s'appuie sur deux études antérieures publiées avec M. le Dr Vallon, *in Arch. de Neurologie,* 1896-1897, nos 12, 13, 15, et 1898, nos 29 et 30.

par Calmeil dans un traité de la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire. (Paris, 1845.) Nous y avons puisé largement.

Mais un côté de la question qui a été peu abordé jusqu'ici, c'est l'étude des milieux particuliers, où se développent encore des délires mystiques, elle pourrait permettre d'induire à quelles conditions générales, étiologiques, ces psychoses ont dû d'éclater simultanément dans certains pays éloignés, à certaines époques et de s'y reproduire ensuite avec persistance, jusqu'à nos jours. Car un fait à noter, c'est qu'à l'heure actuelle, les régions qui paraissent produire des aliénés mystiques, sont précisément celles où régnèrent au moyen âge les psychoses religieuses à l'état endémiques.

Comme on l'a dit[1], l'ignorance est la mesure de la religion ; toutes deux vont et suivent de compagnie. A l'accroissement de la science, correspond l'amoindrissement de la foi. Ces paroles peuvent s'appliquer au délire religieux qui sévit encore de nos jours dans les régions où l'instruction est le moins développée.

D'une façon générale les facteurs étiologiques qui nous occupent sont de deux ordres ; les unes extrinsèques tenant au milieu ambiant, les autres intrinsèques tenant aux malades eux-mêmes, aux conditions de procréation et de développement individuel, etc.

Les régions montagneuses ou peu accessibles et peu fréquentées, amènent une vie confinée très propre à la perpétuation des vieilles superstitions du fétichisme primitif le plus grossier.

La misère physique s'y faisait particulièrement sentir, aux époques des grandes famines du moyen âge ; il en est de même des jeûnes exgérés commandés par le fanatisme religieux. Enfin la misère psychique résultait fatalement de l'ignorance superstitieuse invétérée. Le peu d'instruction répandue était purement religieuse ; il ne pouvait que préparer le terrain à l'action désastreuse des prédications terrifiantes faites au cours de missions tendant à cathéchiser les populations arriérées. Celles-ci manquaient leur but par le zèle intempestif des cathéchistes comme cela se voit encore

[1] André Lefèvre. *Dictionnaire des sciences anthropologiques*, article *Religion*.

parfois pour les néophytes des missions coloniales. (*Possédés de Cochinchine*, Calmeil, II, 417, LC.)

« On a vu, dit Calmeil, le délire éclater à la suite de confessions mal dirigées, de sermons sur les peines de l'enfer dans lesquelles l'orateur avait cru devoir frapper l'esprit à l'aide de descriptions extravagantes et coloriées à plaisir, de jeûnes et de privations poussées au delà des limites de la prudence. »

« Une cause fréquente de délire religieux, dit M. le Dr Ballarger, ce sont les missions, les sermons véhéments et les prédications qui peignent en vives couleurs les calamités de l'Église... En Irlande, une épidémie de délire mystique se manifesta ainsi il y a quelques années à la suite de prédications, destinées à amener un réveil religieux [1]. »

Une épidémie contemporaine, dans l'ouest où nous avons encore pu observer l'un des malades éclata de même à la suite d'une mission prêchée dans la localité. Ajoutons que les missions se multipliaient aux époques de calamités publiques, pendant les famines notamment.

L'absence de croisements et la consanguinité des ascendants accumulent trop souvent la dégénérescence, multipliant les tares similaires neuro-psychopathiques et autres, elles préparent les délires endémiques. Plusieurs de nos observations personnelles portent sur des malades de l'Ouest.

Les campagnes fournissent dans ces régions un apport considérable d'aliénés. Or dans ce milieu les infirmités cérébrales l'emportent constamment sur les affections délirantes vraies comme si la dégénérescence héréditaire y parcourait plus rapidement l'échelle régressive descendante... C'est que, dans ces campagnes malgré l'application de vingt années de service militaire pour tous, le paysan est resté confiné, ne s'alliant volontiers qu'aux familles du même village ou d'alentour. Il en résulte la fréquence du même nom dans certain ilot du département et la coexistence fréquente à l'asile d'aliénés portant même nom, parents éloignés à leur insu, autant au point de vue pathologique que patronymique [2]

[1] P. Ball. *Traité des maladies mentales*, p. 492. Edition 1887.

[2] La Roche-Gandon. Rapport 91, p. 12, Drs Friese et Marie.

Ajoutons la débilité physique par privations et mauvaise hygiène sociale et la débilité mentale congénitale, compliquées de causes dépressives occasionnelles. (Chocs moraux, toxiques, stupéfiants.)

Une pratique fréquente de démonolâtres et de lycanthropes consistait à s'enduire le corps de certaines pommades et à boire des breuvages compliqués où entrait la belladone.

Encore de nos jours on trouve trace de ces pratiques [1].

1° *Délires systématisés.* — Au point de vue séméiologique, une première distinction est à faire selon que les conceptions délirantes mystiques sont ou non systématisées. On peut classer en deux sous-groupes distincts les affections mentales où s'observe un délire systématisé de teinte mystique.

D'une part les cas où les idées religieuses sont l'expression d'un fond mental congénital ou acquis particulier; l'aberration progressive en entraîne l'évolution systématique et la complexité croissante, suivant une marche cyclique.

D'autre part, les psychoses ordinaires non progressives ainsi que les folies toxiques, organiques, névropathiques, etc., pouvant s'accompagner d'idées délirantes religieuses. Ces dernières ne constituent alors qu'un des éléments multiples et variables du cortège symptomatique; mais elles prennent une importance particulière au point de vue du diagnostic avec les précédentes.

Arrêtons-nous un instant tout d'abord sur ces psychoses religieuses systématisées à évolution chronique. Aux délires mystiques répondant à peu près au type établi par M. Magnan dans son délire chronique, on peut opposer des espèces morbides analogues comme début et chronicité mais à évolution diamétralement opposée. Nous voulons parler des délires systématisés dits secondaires [2], en particulier des mélancoliques chroniques à idées de damnation et de possession, dont on doit la synthèse délicate à M. Cotard [3].

[1] Voir l'observation citée plus loin : P. Regnard, *les Sorciers*, 1887, p. 22; Bourneville et Teinturier, *le Sabbat des Sorciers*. (*Bibliothèque diabolique*.) P. M.

[2] Séglas. *La Paranoïa*, p. 33, t. III, 1887. (*Arch. de Neur.*, n° 39.) — *An. Méd. Psy.*, janvier 1889 et juillet 1889. — *Progrès Medical*, n° 46, p. I, 16 novembre 1889. — (*Caractères généraux des délits mélancoliques.*)

[3] Cotard. *Arch. de Neurol.*, 11 et 12, 1882.

En ce qui concerne les formes de délires systématisés primitifs, nous rappellerons que M. Magnan rejette le délire mystique comme entité distincte, mais l'admet comme variété du délire chronique, puisqu'il en trace l'évolution comparative parallèlement au délire chronique type[1].

D'autre part si nous passons en revue les principales nomenclatures étrangères en psychiatrie, nous y voyons également des délires religieux figurer comme variété d'autres grands groupes.

C'est ainsi que Griesinger[2] (1845-1867) que nous aurons plusieurs fois l'occasion de citer (édit. 1873, p. 361, 363, 687), au sujet de la théorie de la possession, décrivait des « Scondare Verrucktheit » à teinte mystique — (délires systématisés secondaires démono-mélancoliques). Plusieurs observations de cette dernière classe sont typiques à notre point de vue. — Il leur oppose en dernier lieu les formes primitives de Snell, pouvant affecter une forme religieuse exaltée[3]. Hertz, Ripping, Nasse et Samt (1874) distinguent aussi ces Werrucktheit ou Wahnsinn[4] primitives et secondaires. Samt en particulier place les délires religieux comme sous-variété de la forme originaire, de Sander, qu'il divise en hallucinatoire dépressive ou exaltée[5] ;

Avec Mendel[6] la terminologie se transforme et la paranoïa remplace les Werrucktheit ou Wahnesinn. Mais Krafft-Ebing lui applique la même distinction que les auteurs précédents ; pour lui il y a une paranoïa secondaire (née le plus souvent d'états mélancoliques) et une paranoïa primitive ; il en étudie les variétés religieuses[7].

[1] Magnan. *Leçons cliniques.* (*Prog. Méd.*, 1887, p. 182.)

[2] Griesinger. *Maladie mentale*, 65. — Trad. *Daumie* et *Arch. of Psych.*, Bd. I, 148, et édition 1873, p. 361, 363, 367.

[3] Snell. *Uber monoman als primare forme der Talenstorung*, 1865, Birh.

[4] Hertz, Nasse. (*Allg. Zeitung of Psych.*) Bd. XXXIV, p. 167, 1878.

[5] Saint. *Die Nationwisench. Methode in der Psychiatrei*, Berlin, 1874, p. 38-42.

[6] Mendel. *Eulenburg's Encyclopedie*, nov. 1883. — *Berliner Gesellschaft f. Psy. undch Nerve Zitzung*, 9 avril 1883. — *Neurol. Centralblatt*, 5, 1883.

[7] Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psych. Stuttgard.* — *Id.*, 1879, Bd. II, — *Id.*, 1881 et 1888. — *Irrenfreund*, XX.

Krœpelin distinguant aussi des formes primaires de délires systématisés et d'autres secondaires, surtout aux états mélancoliques décrit les délires religieux du premier groupe[1]. Witkowski insiste sur les formes secondaires et établit des modalités de transition entre la mélancolie vraie et ces Werrucktheit « ce sont les gens déprimés en permanence négateurs, sceptiques, pourris, damnés, immortels[2] ».

Schüele enfin divise en deux ces délires systématisés[3] : 1° idées délirantes nuisant au moi, le rapetissant, exemple : personnalité attaquée par le démon ; 2° idées délirantes élargissant le moi ; exemple : idées religieuses aboutissant à la mégalomanie.

En Amérique, Spitska (1883)[4] décrit deux sortes de délires systématisés : *a*) expansifs, 3e sous-variété, délire systématisé de caractère expansif religieux ; *b*) dépressif, à sous-variété religieuse également.

En Italie, Morselli[5] et Buccola (1883), distinguent aussi plusieurs formes de paranoïa ; et à côté du délire des persécutions proprement dit (Querulenti e litiganti) ils décrivent une seconde forme de couleur érotique ou religieuse. Amadei et Tonnini[6] (1883) opposent en outre à ces paranoïa dégénératives des formes psychoneurotiques ; le délire religieux figure dans leur classification dans l'un et l'autre groupe à titre de sous-variété de chaque forme (originaire, primitive, tardive, hallucinatoire ou non). Riva et Tanzi[7] dans leur tableau de sept formes de paranoïa, rangent la folie religieuse en troisième lieu après les formes à délire de persécution ou ambitieux, et avant les formes érotiques. Pour eux, comme nous

[1] Kræpelin. *Compendriens der Psych.*, 1883, — Leipsik, id., dernedit., 1889.

[2] Witkowski. *Congrès annuel des aliénés allemands*, Bd., 1885, et *Alg. Zeitung f. Psych.*, Bd. XLII, 6, 1886.

[3] Schüle. *Klinische Psychiatria. — Speeielle Pathologie und therapie der Geisterkrank.* Leipsik, 1886. — Traduction française de MM. Duhamel et Dagouet, P., 1888.

[4] Spitska. *Luzane delusions.* (*Journal of new and mental dizases*, 1881.)

[5] Morselli et Buccola. *La piazzia sistematizzata.* (*Giornale della R. Acad.* et *Rev, sperim. de Frenatria*, 1882, p. 80.) (Torino, 1883-210.)

[6] Amadei et Tonnini. *La Paranoïa e le sue forme.* (*Archietal per le mal, nervo*, 1883-1884.)

[7] Riva et Tanzi. *Rev. sperim, di Frenatria*, 1884, 1885, 1886.

le reverrons dans la suite de notre étude, le fond mental dégénératif est de règle pour les autres paranoïaques.

En Russie [1] la même idée est développée par Rosenbach, tandis que Greidemberg admet à côté des formes héréditaires, d'autres non dégénératives. les idées religieuses pouvant exister dans l'un et l'autre cas [2].

En Belgique, Guislain oppose au délire religieux combiné à la mélancolie (p. 129 et 187), la mégalomanie religieuse incurable. « Ces dieux, ces saints, ces papes, etc., ne guérissent pas, à moins que les idées relatives à ces transformations, ne soient fournies par une mélancolie ou une manie [3]... » Avant d'en finir avec ces questions délicates de nomenclature nous croyons devoir préciser à quoi correspondent, suivant nous, les termes de délires systématisés primitifs ou secondaires souvent employés. Chez le mélancolique, on l'a dit, le délire est secondaire et consécutif à l'état affectif; chez le délirant chronique, le délire est essentiel et primordial [4].

La mélancolie, proprement dite, n'est pas un délire systématique. Lorsque cette vésanie passe à l'état chronique et qu'un délire systématisé vient se greffer sur l'état primitif, ce délire est secondaire.

La mélancolie type, religieuse ou non, a en effet, pour base un trouble du fond émotionnel qui change absolument l'état moral du sujet. Les idées délirantes par suite, lorsqu'elles arrivent en second lieu, se trouvent en contradiction avec le caractère, et les idées antérieures. Il y a déjà changement du ton de la personnalité, d'où, le délire à marche divergente; tandis que le persécuté reste toujours le même, lorsqu'il délire et présente un délire convergent sur lui-même; par suite de l'origine primitive des idées délirantes et des troubles psycho-sensoriels qui les accompagnent.

Ces expressions primitives ou secondaires ont été l'objet de confusions nombreuses entre les auteurs, tant en France qu'à l'étranger les uns considèrent l'expression de délire primaire comme synonyme de systématisation d'emblée, par opposition à la systématisation progressive; d'autres, consi-

[1] Rosenbach. *Messager Russe*, 1884.

[2] Greidenberg. *Messager Russe*, 1885.

[3] Guislain. *Leçons orales sur les névropathies*. Gand, 1852.

[4] Magnan et Sérieux, p. 110.

dérant avec Morel[1] la période d'inquiétudes (ancienne période hypocondriaque) comme l'équivalent de l'accès mélancolique primitif des psychoses secondaires, décrivent tous les délires systématisés comme secondaires.

Cependant, les délires de persécution systématisés (à teinte mystique ou non) sont des délires *primitifs*, car ce sont des troubles primitifs de l'idéation, se combinant à des phénomènes sensoriels ; ils ne représentent en somme que l'exagération, la constatation et la traduction délirante des tendances particulières, natives et premières de l'individu. On pourrait distinguer encore parmi les délires dits secondaires, aux états mélancoliques, selon la variété de mélancolie primitive (formes hypocondriaques, anxieuses ou avec idées de persécution, etc.).

Ces sous-distinctions n'ont pas peu contribué à la confusion précitée ; on a parfois décrit comme consécutives aux délires de persécution des formes en réalité secondaire à la mélancolie avec idées de persécution :

Des psychoses décrites comme secondaires à un état manique n'étaient que consécutives à un état anxieux de mélancolie agitée. Aussi, sans entrer dans ces distinctions spécieuses, nous en tiendrons-nous aux catégories ordinaires, c'est-à-dire, aux mélancolies chroniques (délires systématisés dits secondaires, Cotard) et aux délires de persécution (délire dit chronique, Magnan) (à systématisation primitive, Séglas), dont nous signalons les variétés religieuses.

Le *mysticisme*, dans sa signification la plus générale est cette prétention de connaître sans intermédiaire et en quelque sorte face à face, la divinité (V. Cousin). Le mot divinité est ici pris dans son sens le plus large, c'est-à-dire, désignant aussi bien les déités bienfaisantes ou malfaisantes, dieux et diables.

Chez les aliénés, cette croyance à des rapports surnaturels s'étaie sur des hallucinations et des interprétations délirantes qui leur font attribuer aux phénomènes fortuits une origine mystérieuse et une signification fatidique. L'objectivation délirante qui constitue le fond de cet état mental de l'aliéné n'est que l'extériorisation d'un dynamisme psycho-sensoriel ou moteur. L'éréthisme sensoriel pousse le malade à attribuer

[1] Morel. *Traité des maladies mentales*, p. 703, 1860.

à des êtres fictifs, ses impressions imaginaires. L'éréthisme moteur fait qu'il attribue à des volontés étrangères ses mouvements en quelque sorte imaginaires et virtuels, ou ses impulsions automatiques inconscientes.

Les deux sortes de phénomènes moteurs et sensoriels existent souvent, mais leur ordre d'apparition paraît d'une importance considérable en ce que de lui dépend le sens dans lequel s'opérera la systématisation.

Si les troubles psycho-moteurs sont primitifs, la personnalité tendra à se dissocier, s'anéantir. Au contraire l'éréthisme sensoriel primitif provoquera l'exagération, l'hypertrophie du moi, comme on l'a dit, et la mégalomanie vraie avec ou sans dédoublement consécutif.

La possession par le bon ou mauvais ange est donc l'énonciation par le malade, d'une même vérité psychologique, à savoir, la constitution d'un dynamisme réalisant une force supérieure à l'individualité première. Aussi comprend-on qu'on observe cliniquement la coïncidence ou la succession des deux (possession diabolique et inspiration par incarnation divine). Mais ce serait une erreur de croire que toujours le démoniaque se transforme en théomane, il paraît au contraire y avoir deux ordres de systématisation opposés bien que partis d'un état initial identique en apparence.

Donc dans un groupe, on peut ranger les délires religieux à formes dépressive (systématisation des mélancolies chroniques). Les troubles psycho-moteurs y sont primitifs par rapport aux troubles sensoriels consécutifs et non constants, désagrégation de la personnalité d'emblée.

Dans l'autre groupe, viennent les délires religieux à systématisation (sans états mélancoliques ou hypocondriaques vrais antérieurs). Évolution vers la théomanie, troubles sensoriels, primitifs, par rapport aux troubles psychomoteurs secondaires possibles (dédoublement tardif ou objectif de la personnalité). Notre premier groupe comprend les formes complètes des délires de négation, le deuxième, les formes religieuses du délire chronique de M. Magan. Les hallucinations motrices paraissent le lien unissant ces deux groupes opposés, et les différenciant eux-mêmes du type principal auquel ils se rattachent respectivement.

Cette distinction équivaut cliniquement à la distinction psychologique de Morel. Pour lui, le délire religieux peut

résulter effectivement, soit de l'exagération de l'amour de Dieu (théosophes et prophètes, formes délirantes exubérantes), soit de la crainte de sa loi (formes dépressives)[1].

Au point de vue psychologique il serait plus juste de dire *autophilie*, amour de soi-même, qu'exagération de l'amour de Dieu, car, ainsi que le fait remarquer Moreau de Tours (p. 227) : « Qu'est-ce que la théosophie, suivant Gerson, Bœhm, etc. ? C'est une théologie, une métaphysique, une cosmologie, la science des sciences révélée.... Théosophe, c'est-à-dire plus que philosophe et plus que théologien, c'est-à-dire encore savant de la science de Dieu même. Au théosophe, les écritures révèlent d'elles-mêmes, leur sens mystérieux, la nature ses plus secrets symboles; l'âme ses mystères ; tous les voiles tombent devant ses yeux, il saura tout, sans avoir rien appris, il raillera la science humaine, si défectueuse et si lente[2].

« Même dans les passions de l'amour et des sentiments religieux, l'aliéné reste ordinairement égoïste, dit aussi Fabret[3]; il est en proie à des préoccupations toutes personnelles de damnation, et croit qu'il a été choisi par Dieu pour remplir une mission divine.... »

Aussi, les théomanes sont-ils souvent en opposition avec les croyances religieuses de leur pays, et c'est surtout aux ministres du sacerdoce que s'adresse leur haine et la fureur de leurs vengeances. « Comment souffrir les prétentions d'un nouveau Christ, d'un nouvel apôtre saint Jean, d'un nouvel Élie, quand on lui répète depuis le matin jusqu'au soir, que le temps de purger l'hérésie est arrivé ; que c'est Dieu lui-même qui parle, qui ordonne par cette bouche[4] ! »

2° *Délires mystiques non systématisés.* — D'une façon générale, les idées délirantes religieuses peuvent encore s'observer comme symptômes d'états maniaques ; dans les états démentiels, elles peuvent être consécutives à la sénilité ou exister antérieurement.

La paralysie générale et les intoxications peuvent s'en accompagner ainsi que les névroses (épilepsie et surtout hystérie).

[1] Morel. *Traité de maladies mentales*, 1860. P.

[2] Moreau de Tours. *Psychologie morbide*, p. 227.

[3] J. Fabret. *Etudes cliniques sur les maladies mentales*, P., 1889.

[4] Calmeil. *De la folie*, p. 81.

Parmi les états congénitaux, l'idiotie et l'imbécillité présentent peu d'intérêt à notre point de vue, en revanche la débilité et la dégénérescence héréditaire offrent un terrain propice à l'éclosion des délires religieux, on peut observer une transition insensible entre ces derniers délires mystiques et ceux des délirants systématisés types.

MANIE. — Nous avons vu les idées religieuses, dans les états mélancoliques, et dans les délires systématisés primitifs. Pour en finir avec les vésanies, où peuvent s'observer ces conceptions délirantes, il nous reste à dire quelques mots des états maniaques.

« Il n'est aucune forme de maladie mentale, dit Cotard[1], où les troubles de l'activité motrice se manifestent avec autant d'évidence que dans la manie. Tous les auteurs ont décrit cette excitation pathologique que porte à la fois sur les *mouvements extérieurs*, sur la parole et sur les *mouvements intérieurs* de la pensée. Le développement consécutif des idées de force, de talent, de puissance et de grandeur, ainsi que des sentiments de joie et de bonheur, a été clairement indiqué par Pinel et par la plupart des observateurs. Le plus souvent, dans l'excitation maniaque franche, lorsqu'il n'y a pas d'autres éléments combinés, l'*hyperkinésie* est rapportée au moi, comme l'est l'activité volitionnelle normale. C'est le moi qui veut, c'est le moi qui assume la responsabilité des actes et s'en glorifie ; *ce sentiment de la personnalité s'exalte dans la mêmeproportion que l'activité motrice.*

« De l'exagération du pouvoir moteur par lequel nous agissons sur les images du monde extérieur, par lequel nous les faisons nôtres, et par lequel, nous prenons, en quelque sorte possession de ce qui nous entoure, dérivent les idées de richesse dont Destutt de Tracy plaçait déjà l'origine dans la volonté. « Le maniaque connaît tout, possède tout et peut tout. Il vit dans un miracle perpétuel. De là, l'absurdité de son délire secondaire mais non systématisé au sens propre du mot : il n'y a ni raison ni logique pour un être tout-puissant, capable de maintenir en équilibre et sans effort apparent les constructions mentales les plus instables. » (Pas de systématisation donc, en principe.)

[1] Cottard. *Loc. cit.*, p. 422 et 423.

L'éréthisme moteur des anxieux, présente un caractère tout particulier ; il est automatique, violent, impulsif et s'accompagne de phénomènes inhibitoires. L'excitation franche d'emblée des maniaques est absolument différente. Le maniaque, comme les déprimés, éprouve le sentiment d'une puissance intérieure, mais tandis que chez ce dernier, c'est une puissance adverse malfaisante, infernale et diabolique, le maniaque, lui, offre plutôt l'analogie avec le théomane et l'exaltation qu'il éprouve reste sienne. Mais ce sentiment de puissance intérieure il le manifeste d'une façon incohérente et contradictoire. Il est Dieu, ou le Diable indifféremment, voire même l'un et l'autre ensemble.

A côté de ces formes de l'exaltation maniaque « dans lesquelles les divers éléments psychiques s'associent dans un même dynamisme synergique et où se produisent, au moins momentanément, une harmonie et un bonheur parfait », Cotard [1] place celles toutes différentes, dans lesquelles prédominent l'irritabilité, la taquinerie, les dispositions agressives, le besoin de destruction et la fureur.

« Ces formes irritables et violentes de la manie, supposent dans le conflit entre les divers éléments psychiques un antagonisme qui rapproche ces formes de la manie des états impulsifs et hallucinatoires, et aussi, de la mélancolie agitée avec laquelle elles se confondent par des nuances insensibles. »

Les mêmes idées religieuses que l'on rencontre dans la mélancolie peuvent, par suite se montrer dans ces formes maniaques.

La longue citation de Cotard suffit à faire comprendre les analogies et les différences des idées religieuses dans les états aigus, maniaques ou mélancoliques.

Quant à la manie chronique, si elle peut conserver quelque teinte mystique, le délire n'en tire le plus souvent aucun caractère digne d'être signalé. La logorrhée, les fuites d'idées et les autres symptômes classiques ordinaires de ces états suffisent d'ordinaire à établir le diagnostic.

Démences. — Dans la démence sénile et dans la démence liée à une lésion cérébrale circonscrite (ramollissement, hémorragie, tumeur), les préoccupations religieuses sont

[1] Cotard, p. 424, 425.

fréquentes ; le souci du salut, la crainte de la mort, amènent une recrudescenre des manifestations extérieures de la dévotion ; il peut même se produire des idées délirantes religieuses qui ont pour caractères d'être morbides, incohérentes et diffuses, ces idées délirantes, consécutives à la démence se rapprochent par leurs caractères, des conceptions analogues des déments paralytiques [1].

Il y aura donc lieu dans ces cas, de faire le diagnostic avec la paralysie générale et aussi avec les psychoses tardives ordinaires [2]. Les éléments positifs en seront fournis par l'âge, les antécédents, l'état somatique (motilité), l'émotivité si spéciale des circonscrits [3]. Quant aux démences séniles greffées sur un état délirant, elles présentent aussi des caractères qui les différencient entre elles, ainsi que des précédentes.

Lorsque la psychose religieuse systématisée se stéréotype, le malade, par suite de complication progressive de son délire, arrivée à un état de pseudo-démence, comme dit M. Christian [4], où la dissociation du système n'est qu'apparente. Le langage incompréhensible et les néologismes compliqués de ces malades n'excluent pas la conservation parallèle du langage et de l'écriture normaux.

En face de réponses en apparence incohérentes, d'attitudes et de gestes bizarres, on devra se rappeler le vieux théomane de Calmeil qui, malgré de tels symptômes, put donner pendant vingt-cinq années une traduction invariable et compréhensible de son délire. Mais ce sont parfois là des confidenees délicates à obtenir du malade qui s'isole de plus en plus dans son délire ; absorbé par son système, il en arrive à perdre les notions ordinaires de temps et de lieu.

Si on peut le replacer sur le terrain de son délire, on est parfois étonné de la persistance et de la précision des souvenirs et des conceptions stéréotypées. Il semble que ces dernières résistent plus que les éléments moins atteints de la mentalité.

[1] Thivet. *De l'état mental des vieillards*. (Thèse, Paris, 1889.)

[2] Séglas. *Progrès médical*, 1888, n° 43. — *Psychoses séniles et tardives.*

[3] Lwoff. *De l'état mental dans les lésions circonscrites du cerveau.* (Thèse, Paris, 1890.)

[4] Christian. *Archives de Neurologie.*

Bien que cela paraisse une assertion paradoxale au premier abord, c'est cependant un fait d'observation qui pourrait peut-être trouver son explication dans la théorie générale de la régression.

Les mélancoliques chroniques possédés sont également susceptibles de subir les atteintes de la sénilité et de l'affaiblissement démentiel qui en résulte : tout tend alors à s'effacer dans leur mentalité dissociée par un long délire préalable.

Ils sont bien alors les automates qu'ils disaient être, c'est une machine qu'on habille chaque matin et qui vit mécaniquement, comme cette vieille mélancolique dont parle M. J. Dagonet, qui ne se souvenait pas qu'elle existait la veille ; non seulement il n'y a plus de présent, mais le passé lui-même s'est évanoui.

Les lésions en foyer peuvent à leur tour survenir et entraîner la mort plus ou moins rapide.

Paralysie générale. — Chez les paralytiques généraux un des caractères du délire paraît fourni, dit Cotard, « par la prépondérance des idées de force, de capacité, de calcul, de puissance. Le malade ne doute ni n'hésite, tout lui est facile, jamais il ne se décourage, jamais l'idée d'un échec ou d'un insuccès ne se présente à son esprit. Un paralytique, convaincu qu'il est capable de voler comme un oiseau, se jette par la fenêtre ; l'absurde ne l'arrête pas, il est tout-puissant.

« Il semble que ce délire soit développé sur un état maladif des centres moteurs ou volitionnels. Le malade est d'une activité exubérante, il est toujours en mouvement, parle sans cesse, ne connaît ni le repos ni la fatigue, il y a là une maladie de la volonté aussi bien que dans l'aboulie : c'est, qu'on me passe l'expression, une *hyperboulie*. » M. Klippel a, depuis, donné comme substratum organique de ces états, la vaso-dilatation généralisée.

Ce caractère propre *hyperboulie* du délire des paralytiques engendrera facilement, on le conçoit, des idées de toute-puissance et une sorte de théomanie. Les paralytiques Dieu ou fils de Dieu ne sont pas rares. La genèse de ces idées s'explique autant par l'hyperboulie que par l'affaiblissement intellectuel.

« Beaucoup de déments, non moins affaiblis que les para-

lytiques, sont loin d'atteindre le même degré d'absurdité, et, ce degré d'absurdité se manifeste chez certains paralytiques à une époque où l'affaiblissement des facultés est peu considérable, de même d'ailleurs que chez certains circulaires qu'on ne peut soupçonner de démence[1]. »

La ressemblance de ces conceptions ambitieuses de couleur plus ou moins mystique, avec les conceptions analogues des maniaques simples, est ici une cause d'erreur que l'examen somatique permet d'éviter.

Dans les cas ordinaires et de méningo-encéphalite sans excitation maniaque, avec simple exubérance, les malades offrent toujours de ces contrastes typiques dans leurs divers titres. Tel ce malade qui était à la fois *Dieu puissant* et concierge du Trocadéro[2].

On le voit, tous les états exubérants ont entre eux un trait commun qui est la prédominance de l'éréthisme moteur avec idée de toute-puissance incohérente et non coordonnée.

Dans la paralysie générale à forme dépressive mélancolique ou hypocondriaque les délirants peuvent revêtir plus ou moins la forme religieuse, quelquefois même on observe des idées de possession Ces malades ont d'ailleurs une vaso-constriction inverse des précédents (Klippel).

Intoxications. — Dans les formes les plus ordinaires où la panophobie avec zoopsie l'emporte, le rêve de l'alcoolique offre aussi parfois, un caractère religieux. Le malade lutte avec acharnement contre les démons, ou se croit transporté au sabbat et assiste à un grouillement fantastique d'animaux monstrueux.

Suivant M. P. Regnard[3] les sucs des solanées vireuses, mandragore, belladone, etc., provoquaient des hallucinations de ce genre et c'est à leur usage que devraient être rapportées en partie, les hallucinations des sorcières légendaires,

Epilepsie. — Morel[4] a signalé la mélancolie religieuse des épileptiques au début de leur affection et fait ressortir ce fait

[1] Cotard. *Loc. cit.*, p. 371.

[2] Dupain. *Loc. cit.* Obs. LXV.

[3] *Le Sabbat des Sorcières* (*Bibliothèque diabolique*). — *Les Sorciers*. P. Regnard, 1887, p. 22. — Ch. Richet. *L'homme et l'intelligence*, p. 500.

[4] B.-A. Morel. *Traité des maladies mentales*, p. 701.

que l'inactivité de ces malades est fréquemment dirigée dans l'esprit des pratiques religieuses les plus exagérées. Morel, après s'être demandé souvent si les dispositions puisées dans le milieu où ces malades ont vécu antérieurement ne sont pas pour beaucoup dans ces tendances religieuses, reste convaincu que la névrose épileptique a une influence propre sur ces manifestations intellectuelles.

D'après M. Magnan[1], dans la folie épileptique le délire est souvent de nature mystique.

Kraft-Ebing rapporte plusieurs cas de ce qu'il appelle *Post-epileptisches religios-expansives delirium* et *Epileptisches circulares irresein*[2].

On conçoit que les raptus automatiques et les impulsions irrésistibles qui constituent d'ordinaire l'équivalent psychique des crises convulsives, invoquent à l'esprit de l'épileptique l'idée d'une force supérieure à laquelle il attribue l'acte dont il ne se sent pas responsable. M. Dupain en a rapporté un bel exemple[3].

Hystérie. — Le délire religieux est fréquent dans l'hystérie. Un certain nombre de cas de possession démoniaque rapportés par les anciens auteurs appartiennent à l'hystéromanie épidémique. Avec les délires systématisés, l'hystérie est, en effet, l'affection où la dissociation de la personnalité s'observe le plus fréquemment.

Le rôle important de cette névrose dans les psychoses endémiques du moyen âge a fait l'objet de travaux multiples dans ces dernières années; en particulier, l'école de la Salpêtrière a publié des études magistrales sur ce sujet.

Qu'il nous suffise de rappeler les titres de quelques-uns des plus récents de ces ouvrages.

Sans remonter plus haut que 1887, nous citerons de Charcot et de ses élèves :

Les Démoniaques dans l'Art (1887), puis *les Malades et les difformes dans l'Art* (1889), *l'Etude clinique sur la grande hystérie*, et *l'Hystérie dans l'Histoire* (P. Richer). Enfin *Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines à*

[1] Magnan. *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, 1883, p. 44.

[2] Krafft-Ebing. *Lerbuch der Psych.*, t. III, 1880. Observations 79, 81, 82 et 88.

[3] Dupain. *Loc. cit.* Observation 52.

Loudun (Legué et Gilles de la Tourette) et le reste de la collection Bourneville, bien connue sous le nom de *Bibliothèque diabolique; le Sabbat des sorciers; Françoise Fontaine; la Possession de Jeanne Ferry; la Dernière sorcière de Genève*. Ajoutons le récent *Traité clinique de l'hystérie* (Gilles de la Tourette).

Nous ne pouvions songer ici, à présenter un résumé de ces ouvrages où tout est à lire; c'eût été, d'ailleurs, franchir les limites de la Psychiatrie et empiéter sur celle de la Pathologie nerveuse proprement dite. Mais, si le rôle considérable de l'hystérie dans ces folies communiquées, est maintenant un fait acquis et élucidé, celui des psychoses autres, n'a peut-être pas été aussi bien mis en lumière. Cependant, il ne paraît pas avoir une importance moindre. Il est de notion élémentaire, en effet, dans les cas de folie communiquée, que l'on peut distinguer deux sortes de délirants; les uns, actifs, imposant leurs convictions délirantes que subit la foule passive des autres. Si l'on étudie les épidémies de possession, on voit que dans chacune il y avait quelque service, cause initiale de la possession, qui avait dû appeler le premier, le démon. Ce sorcier est le délirant principal dont la folie entraîne celle des prédisposés voisins, en particulier des hystériques, par une sorte de suggestion imitatrice.

« Il y a, dit M. Gilles de la Tourette, dans l'état mental des hystériques, quelque chose d'absolument spécial, qui se résume en ce mot gros de conséquence : *la suggestibilité* (*Traité clinique de l'Hystérie*, p. 492-493).

M. P. Janet a bien montré l'extraordinaire crédulité des hystériques mise en œuvre par la suggestibilité, qui est la caractéristique de leur état mental (p. 523). L'hystérique peut être, à ce point de vue, mise en opposition avec les vésaniques. Son cerveau ne se prête pas aux combinaisons de longue durée, elle est esclave de la suggestion du moment ; c'est le moule où s'imprègne une suggestion inconsciente (*l. c.*, p. 528).

Les vésaniques actifs, au contraire, sont généralement des délivrants systématisés, à la différence des débiles, ou des hystériques sugguables. Les phénomènes cliniques que présentent ceux-ci, sont alors, le reflet, la copie plus ou moins exacte des symptômes cliniques essentiels de ceux-là. Il est difficile, rétrospectivement, de faire cette distinction avec des

documents historiques insuffisants. Cependant il est possible en étudiant après les relations historiques de relever des faits correspondant assez exactement à ceux de nos vésaniques. Pour ces derniers vésaniques il s'agit indubitablement de psychoses caractérisées en dehors de l'hystérie coexistante possible.

Si, dans l'observation directe pour les cas simples, la distinction qui nous occupe est aisée, il n'en est plus de même lorsqu'on se trouve en face de cas complexes, d'hybrides combinant les psychoses plus ou moins dégénératives, à un fond mental hystérique.

Dans ces cas; on pourrait objecter que les troubles psychomoteurs, par exemple, relèvent de l'hystérie seule, mais, pour cela, il faudrait démontrer qu'ils n'existent pas en dehors d'elle ; or le contraire parait établi.

D'ailleurs l'hystérie n'exclut pas les psychoses systématisées chez le même malade. Pouvant se développer sur un fond mental dégénératif, celles-ci peuvent coexister avec cette névrose qui n'est qu'une forme de dégénérescence.

Ainsi que le dit Brodie, « l'hystérie doit être considérée comme une *affection dynamique*. Il y a inhibition, anéantissement, ou perversion des sphères de la volition ; ce ne sont pas les muscles qui n'obéissent pas à la volonté, c'est la volonté elle-même qui n'entre pas en jeu. » (Gilles de la Tourette, p. 26. Briquet, p. 23.)

Si l'on compare à ce point de vue les malades à délire mystique systématisé avec les hystériques, on remarque, entre eux, une analogie; au début, souvent, la ressemblance commune avec les mélancoliques hypocondriaques, et, d'une façon générale, les perturbations presque constantes de la motilité volontaire.

Il n'y a, d'ailleurs, rien qui doive étonner dans ces points de contact entre l'hystérie et les psychoses ; c'est par ce côté que la neuropathologie confine à l'aliénation mental ; il s'agit là, certainement, de phénomènes identiques comme *localisation*, la question de leur nature exacte et distincte, étant mise à part.

Congénitaux. — Chez l'idiot et l'imbécile, les idées religieuses qui parfois les préoccupent, ne présentent pas un caractère assez actif pour mériter le nom de délire religieux.

Le plus souvent, leurs pratiques de dévotion, ne sont qu'imitées ou commandées; comprenant, d'ailleurs mal, ce qu'ils entendent, ils agissent de travers et sans bien se rendre compte de ce qu'ils font, ils se livrent alors à des extravagances religieuses entachées de niaiserie et d'absurdité. A un niveau moins inférieur de développement intellectuel, les débiles sont encore d'une extrême crédulité. « Ils sont la proie des sorciers, des magnétiseurs, des diseurs de bonne aventure.... les croyances religieuses s'implantant chez eux, très facilement[1]. »

Un malade de ce genre que nous avons cité avec M. Vallon[2], a présenté un première bouffée délirante en 1882 à l'âge de vingt-six ans, la contagion s'étendit en même temps à cinq autres membres de sa famille (le père et la mère, un frère et deux sœurs). Cette petite épidémie de démonopathie fit alors l'objet de deux études détaillées, l'une insérée au numéro de juillet 1882 dans les *Annales*, due à MM. Reverchon et Pagès, l'autre publiée par M. Lapointe.

Nous avons nous-mêmes suivi celui d'entre ces malades dont les troubles mentaux ont persisté. Il figure au rapport de 1891 sur l'asile de La Rochegandon : « Le nommé L. P..., dit M. le docteur Friese, est entré pour la sixième fois, après être sorti il y a à peine trois mois; c'est un dégénéré héréditaire, qui depuis des années présente un enchaînement ininterrompu de périodes de dépression mélancolique puis d'excitation maniaque avec des rémittences plus ou moins longues. Les dernières rechutes arrivant à des intervalles de plus en plus rapprochés doivent faire redouter l'incurabilité et la démence prochaine » (p. 22).

On le voit, l'évolution progressive manque ici, il y a bien une psychose chronique mais sans systématisation suffisante; au contraire les accès paroxystiques homologues se ressemblent tous, affectant même début, même marche et terminaison brusque. Pendant l'accès, le malade est dans un état anxieux avec panophobie, il voit le démon dans tous ceux qui l'approchent et s'agite alors d'une façon extraordinaire.

Au début, dans les accès où sa famille a déliré avec lui, le point de départ aurait été une mission prêchée dans le voisi-

[1] Legrain. Thèse Paris, 1886, p. 27.

[2] *Archives de Neurologie*, 1897, n° 15.

nage; puis s'y adjoignirent, les pratiques d'un rebouteur consulté sur leurs malaises, qui prescrivit une décoction de belladone et d'absinthe. Ces six malheureux complètement nus parcouraient la campagne jetant des pierres et cassant des vitres ; ils se réunissaient la nuit dans les cimetières, allaient à l'église maltraiter ceux qui s'y trouvaient, ou poursuivaient les gens en pleine campagne, comme les lycanthropes d'antan. Une nuit, ils firent une sorte de sacrifice sabbalique, en simulant l'égorgement d'un bouc sur une peau d'outre.

La terminaison de cette épidémie de délire religieux, est intéressante. Les deux sœurs, hystériques à stigmates, guérirent les premières ainsi que le père et la mère, les deux frères se calmèrent à leur tour et tous sortirent. La vie commune et l'échéance du deuxième accès de notre malade fit reparaître les mêmes accidents non seulement chez lui, mais chez tous. Cette fois, grâce aux conseils du médecin de l'Asile l'isolement fut suivi à la sortie de la dispersion des membres de la famille; les sœurs allèrent à la ville avec le père et la mère, le fils cadet changea de pays; notre malade isolé dès lors délira seul périodiquement; ses accès, où la phase dépressive prédominait tout d'abord, devinrent seulement plus rapprochés avec le temps et marqués par une agitation plus grande.

Les autres membres de la famille, restés depuis indemnes étaient l'élément passif, dans cette folie communiquée; notre malade représentait le chronique qui marque l'épidémie au coin de son délire.

La prédisposition héréditaire commune se manifestant par l'hystérie et aussi par la dégénérescence mentale ordinaire, est assez nette ici pour qu'il ne soit pas besoin d'y insister.

Dans le cas précité les conceptions délirantes sont demeurées frustres, malgré le passage à l'état périodique et chronique; il n'en est pas toujours de même chez les débiles où l'on peut observer un certain degré de systématisation. D'une façon générale le degré de coordination logique et méthodique des conceptions délirantes systématisées paraît en raison inverse de l'état dégénératif congénital. Mais entre les deux types extrêmes on rencontre toute une série d'intermédiaires parmi lesquels se rangent la plupart de nos délirants mystiques systématiques.

L'existence de ces types de transition à antécédents héréditaires plus ou moins nets a d'ailleurs été signalée tant en France qu'à l'étranger, les auteurs mêmes qui opposent aux psychoses des héréditaires des formes de délire pathognonomiques d'un état non dégénératif. C'est ainsi que Greidenberg on l'a vu, admet des paranoïa systématisées progressives, héréditaires, et d'autres non dégénératives.

M. Magnan a décrit de même le délire chronique comme pouvant se développer chez les dégénérés. Nous lui avons emprunté plusieurs observations de cette catégorie.

La durée d'évolution de la psychose paraît en raison inverse des tares; plus celles-ci sont nombreuses, moins le malade résiste en quelque sorte à son délire; et s'attarde à systématiser ses conceptions; aussi sont-elles moins bien coordonnées. La lésion anatomique semble plus étendue dès le début. l'éréthisme atteint à la fois, les sphères sensorielles et motrices au lieu de se propager successivement des unes aux autres; on l'a dit, ces dégénérés sont de « mauvais accumulateurs » (Féré[1]), aussi ne capitalisent-ils pas leurs excitations psycho-sensorielles; ils les transforment plus vite en phénomènes moteurs; leur délire est d'emblée ambitieux, et l'on observe par exemple en même temps la théomanie inspirée et l'obsession démoniaque. De là, le polymorphisme des conceptions morbides religieuses.

D'une façon générale, le degré de coordination logique et méthodique des conceptions délirantes systématisées paraît en raison inverse de l'état dégénératif congénital. Mais entre les deux types extrêmes où remonte toute une série d'intermédiaires parmi lesquels se rangent la plupart de nos délirants mystiques systématiques.

Il n'y a donc pas lieu au point de vue spécial des malades qui nous occupent (mystiques), d'établir une opposition tranchée entre les cas à hérédité psychopathique et ceux où elle manque.

Tout ce qu'on peut dire d'après les faits précités, c'est que les malades chez lesquels se trouve une hérédité accumulée, n'ont que des bouffées polymorphes sans cohésion, ni systématisation réelle, aveec rémittences ou même guérison. Au contraire, ceux à tares héréditaires moins nombreuses coor-

[1] Feré. *Sensation et mouvement.*

donnent plus soigneusement leurs conceptions délirantes et peuvent fournir une psychose d'évolution plus ou moins rapide à phases plus ou moins distinctes. (*A suivre.*)

AVIS A NOS LECTEURS. — *Nous prions instamment nos abonnés qui ne nous ont pas encore fait parvenir le montant de leur réabonnement de bien vouloir le faire sans retard. Nous leur rappelons que nous sommes à leur disposition pour compléter leurs collections dans les conditions les plus avantageuses. — Tout nouvel abonné pourra se procurer la collection complète au prix très réduit de* **120** *francs au lieu de* **380** *francs. — A partir du* **1er janvier 1900,** *le prix de la collection sera porté à* **150** *francs.*

PATHOLOGIE MENTALE.

LES PSYCHOSES D'AUTO-INTOXICATION. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES[1];

Par le Dr E. RÉGIS,
Chargé du Cours des maladies mentales à l'Université de Bordeaux.

Arrivé au terme de cette étude si longue, bien qu'encore si incomplète, il nous reste à la résumer dans son ensemble et à préciser, en une brève synthèse, les faits principaux qui s'en dégagent. C'est ce que nous allons maintenant tenter.

Il n'est pas douteux que la doctrine des auto-intoxications trouve dans les maladies mentales une de ses plus importantes applications. Les empoisonnements, d'où qu'ils viennent, quels qu'ils soient, ont une prédilection marquée pour le système nerveux et on s'étonnerait à bon droit que seuls, les poisons internes fassent exception à la règle. *A priori* on

[1] Neuvième et dernier chapitre d'un mémoire qui a obtenu en 1898, le prix Aubanel de la Société médico-psychologique.

est donc forcé d'admettre qu'il y a des psychoses par auto-intoxication.

C'est ce qui explique pourquoi, dès la promulgation retentissante des théories de Bouchard, les recherches se portèrent de ce côté. Bettencourt-Rodrigues et mon élève Chevalier-Lavaure furent les premiers initiateurs, l'un au point de vue clinique, l'autre au point de vue expérimental.

Séduisante d'allures et pleine de promesses scientifiques immédiates, l'*expérimentation* attira d'abord et fut en vogue; mais, exposée à des variations et à des erreurs nombreuses, elle ne donna, malgré des tentatives louables, que des résultats sans grande portée.

C'est ce que démontra le Congrès de La Rochelle qui eut pour effet, nous l'avons vu, de corriger le mouvement commencé et de l'aiguiller désormais dans sa véritable direction. Est-ce à dire pour cela, que l'étude expérimentale de la toxicité des humeurs, chez les aliénés, n'ait rien produit et qu'il faille complètement l'abandonner? Nous ne le pensons pas. Certes, des notions nouvelles fournies jusqu'ici par cette étude il ne reste assurément pas grand'chose d'absolument certain; mais elle a ouvert la voie, ce qui est bien quelque chose, et elle a servi pour ainsi dire d'amorce aux travaux de toute sorte venus depuis.

D'autre part, ce serait tomber d'un excès dans l'autre, si, après avoir abusé de la méthode des injections intra-veineuses et l'avoir outre mesure exaltée, on la laissait maintenant, comme tant d'autres, tomber dans l'oubli. Nous avons dit et nous répétons que, perfectionnée et dégagée de certaines causes d'erreur, telles que la coagulation, elle peut rendre de réels services, mais à la condition de n'être employée qu'à bon escient, de façon suivie, avec toute la rigueur désirable et simplement comme corollaire ou complément de l'observation clinique.

Quant à l'*analyse chimique,* à laquelle on semble davantage revenir, elle a déjà fourni des indications précieuses et elle paraît susceptible d'en fournir de plus précieuses encore. Sans parler des ptomaïnes, dont la recherche est des plus difficiles, il est certain en effet que dans une psychose paraissant due à une auto-intoxication, la présence d'éléments anormaux dans l'urine constitue une sorte de confirmation. Il y a plus, et nous croyons qu'à chacune des grandes formes

d'auto-intoxication correspond pour ainsi dire un chimisme particulier, décelable par l'analyse. Ainsi l'auto-intoxication gastro-intestinale se traduit plus spécialement par des quantités plus ou moins considérables d'indican, d'acétone, d'acides diacétique et β oxybutirique, de tyrosine, de sulfo-conjugués dans l'urine. L'auto-intoxication hépatique se manifeste par l'hémaphéisme, l'urobilinurie, l'épreuve positive de la glycosurie expérimentale, l'albuminurie. L'auto-intoxication rénale, enfin, par la diminution de la quantité d'urine, la présence de cylindres et de tubes, l'albuminurie, l'hémoglobinurie, etc. Ce sont là, pour ainsi dire, autant de formules différentes et spécifiques d'auto-intoxication. L'analyse chimique non seulement nous renseigne donc sur la réalité d'un état d'auto-intoxication dans les psychoses, mais encore elle nous révèle, dans bien des cas, la nature de l'auto-intoxication dont il s'agit. Pas n'est besoin d'insister, par conséquent, sur la nécessité, pour les aliénistes, de poursuivre les recherches dans ce sens, et il serait à désirer qu'il y eût dans chaque grand asile, un laboratoire d'analyses chimiques.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire l'*anatomie pathologique* et la *bactériologie* qui n'ont pas donné malgré quelques tentatives heureuses, de résultats définitifs. L'étude du système nerveux central et notamment des lésions des cellules dans les infections et les auto-intoxications est cependant poussée activement depuis quelques années, et on connaît déjà, grâce à certaines méthodes perfectionnées, quelques-unes des fines altérations des éléments nerveux réalisés dans les cérébropathies toxhémiques [1].

C'est encore la *clinique* qui constitue ici l'élément d'étude le plus important et le plus fructueux.

On a vu comment, tout d'abord, la clinique fut négligée pour l'expérimentation et comment les premières recherches portèrent presque toutes sur la détermination de la toxicité urinaire des aliénés. Or, la clinique ne tarda pas à prendre sa revanche et tandis que l'expérimentation, ayant tenu moins qu'elle n'avait promis, passait au second plan, la clinique, elle, s'élevait d'emblée au premier en raison des résultats immédiats et inattendus qu'elle apporta. C'est certainement une des particularités les plus intéressantes et les

[1] Ballet. *Lésions corticales et médullaires dans la psychose polynévritique* (*La Presse médicale*, 1898, n° 20).

plus piquantes de l'histoire des auto-intoxications dans les maladies mentales que la concordance absolue de toutes les données fournies par l'observation en face de la variabilité des résultats des méthodes expérimentales. Jamais peut-être il n'y avait eu sur un point de la médecine une telle unanimité d'opinion au point de vue nosologique.

Il résulte en effet de tous les travaux, sans exception, qui ont paru sur la matière, que les psychoses des auto-intoxications ont une *symptomatologie* particulière et un *type caractéristique*. Nous allons essayer, sous une forme concise, de les mettre en lumière l'un et l'autre.

A. Symptomatologie.

Les psychoses d'auto-intoxication ont, disons-nous, une symptomatologie particulière. Nous ne voulons pas dire par là que tous les symptômes qui les composent n'appartiennent qu'à elles, mais bien que certains de leurs symptômes ne se retrouvent pas habituellement ainsi dans les vésanies.

Symptômes physiques. — Un des symptômes physiques qui frappent le plus, par sa fréquence et son importance, dans les psychoses d'auto-intoxication, c'est la *céphalalgie*. On peut assurément observer la céphalalgie dans l'aliénation mentale proprement dite, mais elle y est relativement rare et s'y présente plutôt sous la forme de sensations subjectives variées, traduites par les sujets dans le langage le plus imagé.

Dans les psychoses d'auto-intoxication, au contraire, la vraie céphalalgie est pour ainsi dire la règle. Très souvent elle ouvre la scène, se prolonge dans le cours de l'accès, arrachant parfois des plaintes ou des gestes de souffrance aux malades jusque dans leur inconscience, et persiste d'habitude plus ou moins longtemps après la guérison, à la façon de ces résidus, de ces reliquats céphalalgiques qu'on observe si souvent durant des années après les infections, la fièvre typhoïde et la grippe, par exemple. Cette céphalalgie est intense, pénible, gravative, si violente dans certains cas que ce sont ses paroxysmes mêmes qui paraissent créer le délire et en tout cas le précèdent immédiatement.

C'est là, à notre avis, un signe de la plus haute valeur et qui, à lui seul, lorsqu'il se présente avec des caractères bien nets au début ou dans le cours d'un délire, doit éveiller

l'attention sur la possibilité d'un état toxique, en particulier d'une infection, ou d'une auto-intoxication gastro-intestinale ou rénale. Il s'y joint parfois d'autres phénomènes douloureux de névralgies ou de névrites. A côté de la céphalalgie, nous devons signaler l'*insomnie* qui est également un signe de début à peu près constant.

Un autre symptôme physique moins fréquent, sans doute, mais cependant assez significatif, lui aussi, est constitué par l'existence d'*attaques*, avec ou sans convulsions. Ces attaques peuvent présenter tous les degrés et tous les types, en particulier le type hystérique, épileptique, comateux, et survenir à toutes les périodes de la maladie. Nous avons noté, on l'a vu, dans une de nos observations personnelles, une attaque d'aphasie transitoire.

De ces attaques, on peut rapprocher certaines raideurs musculaires, des spasmes, des contractures, des accidents tétaniques et catatoniques, et surtout des *attitudes cataleptoïdes*, plus spéciales à l'auto-intoxication rénale.

L'*inégalité pupillaire*, avec état variable des réflexes lumineux et accommodatif, s'observe souvent dans les psychoses d'auto-intoxication. Elle y offre cette particularité curieuse, indiquée par Chaslin, par Séglas et par moi-même, qu'elle est très changeante et se modifie d'un jour à l'autre et jusque dans la même journée. Il en est de même des autres *réflexes* tendineux et cutanés, très variables, mais plus souvent exagérés.

Un symptôme assez caractéristique est le *tremblement*, sorte de trémulation générale, analogue à celle de l'alcoolisme, et provoquant du côté des mains et de l'écriture, du côté des lèvres, de la langue et de la *parole*, des phénomènes ataxiformes qui rappellent de plus ou moins près la paralysie générale.

Signalons enfin : les *troubles gastro-intestinaux* (état saburral, inappétence, constipation, fétidité de l'haleine et des matières fécales), les *troubles circulatoires* (altérations du cœur et du pouls, cyanose et refroidissement des extrémités), les *troubles des sécrétions* et *des excrétions* (anhydrose, hyperhydrose, sialorrhée, polyurie, anurie), l'*aspect général* (teint terreux et blafard, subictère, apparence typhique), l'*amaigrissement*, la *dénutrition*, la *peau chaude*, sèche ou visqueuse, la *dépression* ou au contraire l'*agitation*

avec mouvements coordonnés d'actions imaginaires, souvent professionnelles, enfin l'*hyperthermie* ou, par une sorte de contraste avec l'acuité de l'état, l'*hypothermie*, surtout dans l'insuffisance hépatique.

Nous ne parlons pas, bien entendu, des signes tirés de l'analyse chimique des humeurs, souvent, comme nous l'avons vu, tout à fait probante.

Symptômes psychiques. — Les symptômes psychiques plus spéciaux aux psychoses d'auto-intoxication et qui leur donnent une physionomie à part, sont essentiellement : la *torpeur*, la *confusion*, l'*amnésie*, l'*onirisme hallucinatoire*.

La *torpeur* est très fréquente; dans certains cas, à elle seule elle est caractéristique. Du jour au lendemain on voit des individus, jusque-là d'une intelligence active, alerte et vive, s'alourdir tout à coup et demeurer plongés sans étonnement, avec indifférence, dans l'inaction cérébrale la plus complète. Très souvent cette torpeur va jusqu'à l'*hébétude*, la *stupeur*, la *stupidité*, c'est-à-dire jusqu'à la suspension des opérations mentales. D'autres fois, comme des vieillards sénilisés, les malades somnolent à tout instant, dans un vague assoupissement, ou sont pris d'un besoin irrésistible et continu de *sommeil*[1]. On dirait — et cela doit être — qu'ils sont sous l'influence d'une narcose toxique.

Avec la torpeur cérébrale, existe un état particulier des facultés qu'on ne peut mieux désigner que sous le nom d'*obtusion* ou de *confusion*. Qu'il s'agisse de souvenirs, d'appréciations de sensations, de questions à saisir, d'idées à exprimer, tout est diffus, dissocié, incoordonné : on dirait que l'intelligence est très affaiblie, parfois même abolie. Les sujets expriment les plus grosses absurdités, ils ne reconnaissent plus leur milieu, leur entourage, ne peuvent fournir aucun renseignement. Et cependant, au milieu de cette incohérence et de ce néant, on est tout surpris de voir apparaitre des lueurs d'esprit; derrière ces épais nuages, on s'aperçoit que l'intelligence, simplement obnubilée, existe encore. Elle n'est pas éteinte, elle est comme lointaine, comme absente.

Un des signes les plus caractéristiques de cette obnubilation

[1] Régis et Gaide. *Rapports entre la maladie du sommeil et le myxœdème.* (*La Presse médicale*, 1er octobre 1898.)

est l'*amnésie*. Cette amnésie, en effet, est toute spéciale. Ce n'est pas la diminution de la mémoire classique, celle des démences simples et vésaniques, qui débute par de légères défaillances et qui s'étend progressivement à toutes les acquisitions, suivant un ordre déterminé. Ce n'est pas non plus l'amnésie des ictus cérébraux, incomplète et plus ou moins systématique. C'est un mélange de souvenirs exacts, précis, délicats, et d'oublis absurdes, extravagants, poussés au comble. Le malade aura parlé correctement, sans erreur, de faits passés; en même temps, il ne se rappelle plus ce qu'on vient de lui dire, ce qu'il vient de faire, demande un objet qu'il tient dans la main, veut dîner quant il sort de table, être couché quand il est au lit, etc. Si on lui signale sa méprise, il accepte la rectification, mais peu d'instants après il y revient et ainsi de suite plusieurs fois, sans se rendre compte. Il y a là, comme on le voit, un état à part, qui n'est pas seulement la perte de mémoire des événements anciens ou récents, comme dans les démences, mais une véritable *amnésie rétrograde* et surtout *antérograde* ou *actuelle*, c'est-à-dire portant sur les choses du moment et se rapprochant de celle analogue des traumatismes ou des névroses. On la trouve plus particulièrement marquée dans certaines intoxications, notamment dans la psychose polynévritique, où elle a été signalée par Korsakoff et Charcot et dans la psychose éclamptique [1].

Une autre particularité des psychoses d'auto-intoxication au point de vue de l'amnésie, c'est que *le souvenir de l'accès est très souvent plus ou moins complètement perdu après la guérison*. On sait que dans les vésanies pures il n'en est pas généralement ainsi et que les malades, une fois revenus à la raison, se rappellent parfois avec une lucidité merveilleuse et jusque dans leurs moindres détails, les diverses péripéties de la crise. Il est rare au contraire, qu'au sortir d'un délire d'auto-intoxication, le sujet en ait la notion pleine et entière; ou il y a du vague, des lacunes, ou l'amnésie est absolue. Telle, pour n'en citer qu'un seul exemple, cette femme d'une de nos observations personnelles qui, après plusieurs mois d'une psychose post-infectieuse grave, ne se souvient plus

[1] E. Régis. *La Psychose éclamptique*, leçon recueillie par le Dr Gibert (*Revue mensuelle de chirurgie, de gynécologie et de pédiâtrie de Bordeaux*, 1899).

des hôpitaux où elle a passé, des médecins qui l'ont traitée, ni même d'avoir été malade et croit simplement avoir été enceinte et avoir accouché.

A côté de cette amnésie générale, portant sur l'ensemble des souvenirs présents ou récents, j'ai noté chez une malade que je suis actuellement et qui est convalescente d'un délire post-éclamptique, une amnésie des mots absolument telle qu'on l'observe dans l'amnésie verbale ou aphasie amnésique d'origine organique[1]. La malade se souvient assez bien de tout et elle connaît tous les objets, mais elle ne peut dire le nom de la plupart, à moins qu'ils ne lui viennent spontanément. Si on les lui indique, elle les oublie aussitôt.

Le dernier des principaux symptômes psychiques des psychoses d'auto-intoxication est ce que nous appelons l'*onirisme*. A vrai dire, il s'agit plutôt d'un état que d'un symptôme.

Nous entendons par onirisme un état d'*automatisme cérébral analogue au rêve, mais à un rêve extériorisé*. Cet onirisme peut être *nocturne* et il consiste alors en troubles du sommeil : rêves, cauchemars, illusions et hallucinations, surtout de la vue, mobiles, changeantes, professionnelles ou terrifiantes, excitation, délire. C'est un premier degré, dans lequel les phénomènes morbides n'apparaissent que le soir, pour disparaître chaque fois au réveil.

A un degré plus marqué, l'onirisme se prolonge dans la *journée* et se mêle, en proportions variables, à la réalité éveillée, qu'il domine complètement, dans certains cas. Il y a là comme une sorte de dédoublement, comme deux vies coexistantes et accolées : la *vie onirique*, *somnambulique* ou *subconsciente* et la *vie normale*. Et ce qui le prouve, c'est que, *à un degré léger*, le *sujet passe alternativement d'un état à l'autre suivant qu'il ouvre ou ferme les yeux;* c'est qu'aussi, *à un degré plus marqué* et sauf les cas où l'agitation ou la stupeur sont trop intenses, *on peut le plus souvent, par une brusque interpellation, par une secousse énergique, le faire sortir de son onirisme et le ramener à la réalité. Mais ce retour ne dure qu'un instant; comme dominé par un sommeil irrésistible ou sous le coup d'un narcotique qui le stupéfie, le malade retombe, aussitôt abandonné à lui-même, dans son rêve.*

[1] A. Pitres. *Leçons sur l'Aphasie amnésique* (*Progrès médical*, 1898).

Voilà ce que nous entendons par onirisme et voilà ce qui s'observe, au plus haut point, dans les psychoses autotoxiques.

Il va sans dire que dans ces conditions, on ne rencontre guère, dans ces psychoses, de *délire caractérisé*. Les conceptions sont celles que créent les rêves, les cauchemars, les illusions, les hallucinations; par suite, elles sont essentiellement mobiles, variables, contradictoires, entremêlées, et on peut y trouver simultanément ou séparément, des idées ambitieuses, de persécution, de culpabilité, de ruine, etc., avec cependant une note mélancolique prédominante. Parfois, et cela a lieu surtout lorsque le rêve constitue un thème suivi, stéréotypé, il y a nécessairement, comme conséquence, délire systématisé, circonscrit, limité dans certains cas à quelque *idée fixe* qu'on a vu, dans ces conditions, persister après la guérison, comme persiste chez les hystériques une idée fixe isolée, produit d'une suggestion hypnotique ou d'un rêve. C'est une sorte de *paranoïa secondaire* à l'onirisme délirant.

B. Type clinique des psychoses d'auto-intoxication.

Il va nous être facile, maintenant, de dégager le type clinique des psychoses d'auto-intoxication. Devant l'ensemble des symptômes que nous venons d'énumérer, personne ne saurait contester, en effet, qu'il s'agit là de *confusion mentale*. La chose est tellement frappante qu'aucun des auteurs qui se sont occupés de la question n'a hésité. Partout et toujours, ils ont conclu de même que les psychoses auto-toxiques se présentaient sous forme de confusion mentale. Les diverses descriptions que nous avons données dans le cours de notre travail et les observations qui les accompagnent ne peuvent non plus, laisser de doute à cet égard.

Nous n'avons pas à refaire ici la description de la confusion mentale qui a été magistralement tracée par M. Chaslin, son rénovateur en France, aidé surtout de M. Séglas. Il y aurait peut-être des réserves à faire au sujet de la division, purement provisoire d'ailleurs, des confusions mentales en *primitives idiopathiques*, *primitives symptomatiques* et *secondaires*. Mais ce n'est là qu'une question purement théorique. Ce qui importe, c'est que la psychose des auto-intoxications répond trait pour trait au tableau de la confusion mentale

donné par Chaslin. La confusion mentale est donc le type clinique des psychoses d'auto-intoxication.

Ce type lui est-il exclusif, c'est-à-dire la confusion mentale n'appartient-elle qu'à l'intoxication? est-elle, comme on dit aujourd'hui, *fonction* d'intoxication? Le fait n'est pas encore établi, mais pour ma part, je le considère comme probable et je crois qu'on arrivera à le démontrer dans l'avenir. Ce qui semblerait indiquer qu'il en est bien ainsi, c'est que, lorsque l'auto-intoxication survient dans le cours d'une psychose déjà établie, elle a pour effet, ainsi que nous l'avons vu, d'adjoindre à la symptomatologie existante un élément nouveau, qui est précisément l'élément *confusion*. C'est assurément là un argument probant.

Il va de soi, d'après cela, et c'est ce qui résulte de l'ensemble de notre travail, que la confusion mentale peut affecter, dans les psychoses auto-toxiques, une quelconque de ses variétés. Bien que l'accord ne soit pas absolument fait encore sur la détermination de ces variétés, incomplètement isolées, on peut cependant reconnaître : 1° une *confusion mentale simple* ou *asthénique;* 2° une *confusion mentale aiguë* et *subaiguë;* 3° une *confusion mentale* avec *stupeur* ou *stupidité aiguë;* 4° une *confusion mentale suraiguë*, *méningitique*, ou *délire aigu*, *typhomanie;* 5° enfin, si l'on veut, une *confusion mentale pseudo-paralytique*.

Toutes ces variétés, quelles qu'elles soient, sont susceptibles d'être observées dans chaque forme d'auto-intoxication. Il semble néanmoins, que les confusions mentales du *délire aigu* se rencontrent plus souvent dans les *auto-intoxications gastro-intestinales* et les confusions mentales de la *stupeur* dans les *auto-intoxications hépatiques* et *rénales*. Mais il n'y a là, en réalité, qu'une différence du plus au moins.

Nous venons d'établir que la forme clinique des psychoses d'auto-intoxication est la confusion mentale. Nous voudrions montrer maintenant, les *analogies* qui existent entre les *psychoses d'intoxications externes* ou *endogènes* et les *psychoses d'intoxications externes* ou *exogènes*, dont le type est l'*alcoolisme*.

Cette démonstration ne nous arrêtera pas longtemps, car la similitude saute aux yeux. Nous avons, comme le dit Chaslin dans son livre, constamment insisté sur ce point dans notre Rapport au congrès de La Rochelle. Legrain, Jacobson

et beaucoup d'autres ont fait de même. Et déjà Delasiauve, quand en 1851 il décrivait la confusion mentale stupide, sans se douter que de longues années après on en ferait une psychose toxique, la rapprochait du délire alcoolique.

Nous nous bornerons à rappeler que dans les auto-intoxications on trouve la *même symptomatologie* et les *mêmes formes morbides* que dans l'alcoolisme, depuis le tremblement, le rêve, le cauchemar, l'hallucination visuelle terrifiante, le délire professionnel, jusqu'aux psychoses subaiguës, stupides, démentes, jusqu'au délire aigu et à la pseudo-paralysie générale. C'est absolument le même tableau clinique. Nous arrivons donc déjà à cette première conclusion que les délires d'intoxication interne et les délires d'intoxication externe sont similaires et que, par suite, la confusion mentale est le type de tous les délires toxiques, quels qu'ils soient.

Il nous reste maintenant à prouver que ce type a pour caractéristique d'être *un état de rêve ou onirique*. Cette opinion, qui s'était pour ainsi dire imposée à nous dès les premiers faits observés, nous l'avons formulée de la façon la plus nette au congrès de Clermont en 1894, à propos de la discussion sur les rapports de l'hystérie et de la folie. Voici le passage, que nous demandons la permission de reproduire.

« ..... M. Ballet aurait peut-être pu insister non seulement sur le délire des hystériques, sorte de rêve, mais aussi sur certaines de leurs hallucinations essentiellement visuelles, variables parfois avec la position des paupières, surtout nocturnes, *oniriques* comme je les appelle et dont j'aurai occasion de reparler dans une prochaine communication.

« Mais l'hystérique n'a pas la spécialité de ces délires et de ces hallucinations. On les retrouve dans les intoxications, notamment dans l'alcoolisme, dont Lasègue a pu dire depuis déjà longtemps : « Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve » ; on les retrouve également dans les auto-intoxications et dans les infections. Je poursuis actuellement et depuis longtemps l'étude clinique du *délire* dit *fébrile* ou *infectieux*, dont l'observation a échappé dans une certaine mesure à l'attention des aliénistes, en raison du milieu hospitalier où il évolue et, ce qui m'a frappé le plus, jusqu'à ce jour, c'est que ce délire est une sorte de rêve allant, suivant

son degré d'intensité, depuis le rêve immobile et muet, jusqu'au rêve d'action, en passant par le rêve simplement parlé. Ecoutez et regardez attentivement un malade qui délire sous l'influence de la fièvre typhoïde, du typhus, de l'érysipèle, de l'influenza, etc., et vous croirez assister à un rêve porté à son maximum. Comme le rêveur hypnagogique, ce malade, si gravement atteint qu'il soit, fait entrer la réalité ambiante dans sa conception hallucinatoire, et si vous le secouez ou si vous lui adressez une brusque interpellation, il revient à lui, vous répond correctement, puis retombe aussitôt dans sa fantasmagorie, absolument comme le rêveur qu'on arrache à son sommeil ou l'alcoolique à son délire,

« Or, tous ces états, remarquons-le, sont des empoisonnements par des voies différentes, de l'organisme, de ces états dont l'histo-chimie, comme disait notre président, M. Pierret, donnera peut-être un jour la formule pathogénique exacte. Il semblerait donc — et j'appelle l'attention sur ce point — que le délire de rêve ou *délire onirique* soit comme la caractéristique des intoxications, d'où qu'elles viennent, et que, par ce côté-là encore, l'hystérie puisse être considérée comme une intoxication, ainsi que certains auteurs, et tout récemment encore M. Grasset, l'ont soutenu, en s'appuyant sur des considérations d'ordre différent.

« La seule question à se poser serait celle de savoir si ces rêves délirants constituent des sommeils identiques ou non au sommeil ordinaire. Je ne saurais aborder en ce moment ce point si délicat du problème et je me borne à dire que les intoxiqués, les hystériques, les délirants fébriles, paraissent avoir des rêves de caractères spéciaux, en ce sens surtout qu'ils appartiennent à des sommeils incomplets, hypnagogiques, où la persistance d'action de l'automatisme mental et somatique est des plus remarquables. Et il serait intéressant à ce point de vue de rechercher si, comme cela existait chez l'hystérique de M. Pitres, le souvenir des rêves délirants des alcooliques et des infectieux peut être perdu à l'état de veille et recouvré dans le sommeil ordinaire ou le sommeil hypnotique[1]. »

Depuis cette époque, toutes nos recherches et toutes nos observations n'ont fait que confirmer et préciser cette manière

[1] E. Régis. *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Clermont-Ferrand, 1894 (*Compte rendu de la Tribune médicale*).

de voir. Nous l'avons exposée tout à fait en détail dans nos leçons cliniques de 1895-1896 sur *les délires toxiques et infectieux* et aussi dans la thèse de l'un de nos élèves, le Dr A. Pichon. (*Contribution à l'étude des délires oniriques ou délires de rêve. Délires infectieux et toxiques.* Thèse de Bordeaux 1896.) Voici les conclusions de ce travail qui résument notre pensée :

« 1° Les symptômes psychiques des délires infectieux et des délires toxiques sont identiques; ils présentent les caractères de l'*état de rêve.*

a) Le délire est d'abord et surtout nocturne; il se manifeste principalement dans les périodes hypnagogiques, et se prolonge dans le sommeil ou après le réveil.

b) Il est formé par rappel d'images ou de souvenirs antérieurs.

Il y a intervention de la réalité ambiante dans le délire.

c) Il présente des hallucinations surtout visuelles : elles sont généralement terrifiantes.

d) Il se compose de scènes de rêve, mobiles, variées, mais suivies.

e) Le malade est acteur, il est comme dans un *rêve somnambulique.*

f) Le délire peut être suspendu par une intervention extérieure.

g) Le malade perd la notion de temps.

h) La guérison est fréquemment suivie d'amnésie, portant sur la totalité ou une partie du délire.

Ces délires sont donc des *délires oniriques ou délires de rêve.*

2° L'identité des délires infecteux et des délires toxiques est un argument de plus et un argument puissant en faveur de l'origine toxique du délire infectieux.

Il est donc permis de supposer que tous les délires oniriques sont dus à une intoxication. »

Ainsi, pour nous, *le délire des infections et des auto-intoxications est un délire de rêve.* Les simples conclusions précédentes, qui rappellent ses principaux caractères le prouvent, sans qu'il soit nécessaire, comme nous l'avons fait

ailleurs, de nous étendre longuement sur chacun des points de cette démonstration. Mais il y a plus : Notre opinion est qu'il ne s'agit pas là d'un rêve ordinaire, tel qu'on l'observe dans le sommeil normal, mais d'un rêve pathologique, somnambulique, d'une sorte d'état second, analogue à celui de l'hypnose. C'est pourquoi, dès 1894, nous nous étions demandé, on l'a vu, s'il ne serait pas possible d'arriver à hypnotiser les malades atteints de psychoses infectieuses ou auto-toxiques et, en cas de succès, si ces malades ne recouvreraient pas, dans le sommeil artificiel, le souvenir perdu de leur délire.

Mettant cette idée à exécution, nous avons été assez heureux, dans quelques cas, notamment dans celui rapporté au chapitre des psychoses d'auto-intoxication gastro-intestinale, pour mettre les sujets en état d'hypnose et conformément à nos espérances, chaque fois le souvenir perdu de l'accès reparaissait dans l'état hypnotique, pour disparaitre à nouveau au réveil. Nous avons pu ainsi endormir un homme, qui n'avait jamais présenté le moindre symptôme d'hystérie, presque jusqu'aux phases ultimes de sa maladie ; et alors que déjà il ne répondait plus, dans l'état délirant, à aucune question, tellement son obtusion était extrême, dans l'état hypnotique, plus actif et plus éveillé, s'il est permis de s'exprimer d'une façon aussi paradoxale, il parlait sans difficulté et racontait qu'il avait rêvé que son ami Octave le trompait avec sa femme, ce qui le désolait. Maintes fois nos élèves ont assisté à ces expériences, bien faites, on le comprend, pour les intéresser.

Un autre malade, alcoolique avec poussées d'auto-intoxication hépatique, était pris, à chaque accès, de rêve délirant de jalousie avec hallucinations visuelles. Une nuit, il se précipita sur sa femme avec une telle violence que son fils, en le maintenant, lui foula un doigt de la main droite. La crise passée, cet homme ne sachant d'où lui venait sa contusion, racontait de bonne foi qu'il avait été victime d'un accident professionnel. Mis en état d'hypnose, il se rappela tout ce qui s'était passé. Et depuis dix-huit mois, on peut ainsi à volonté provoquer de sa part l'une ou l'autre version, suivant qu'il est éveillé ou endormi.

C'est là une preuve en faveur de la nature somnambulique du délire auto-toxique et de sa similitude avec le somnam-

bulisme hypnotique. J'ai eu, d'ailleurs, une preuve plus topique encore de cette similitude chez un ancien paludéen non buveur qui, à chaque retour de ses accès, faisait un rêve délirant où il revivait les scènes de la campagne de Tunisie dans laquelle il avait contracté ses fièvres. L'ayant endormi, il tomba spontanément dans le même rêve et, tout d'un coup, se mit à nous parler comme si nous étions ses camarades et les officiers de son régiment, au milieu d'un combat. L'hypnose avait déterminé chez lui exactement le même rêve d'action que l'accès de paludisme.

Chez quelques autres malades, atteints de fièvre typhoïde et de typhus exanthématique avec délire, car pendant longtemps nous nous sommes astreint à observer tous les cas de ce genre à l'hôpital Saint-André, comme à l'hôpital d'isolement de Pellegrin, nous avons pu faire cesser ou faire revenir le délire à volonté en leur ouvrant les yeux ou en les fermant. Un typhique entre autres, placé dans le service de notre ami le professeur Arnozan, et très agité la nuit, revenait à lui le jour, mais à la condition d'avoir les yeux ouverts ; dès qu'il les fermait il s'assoupissait, et se croyait dans sa maison, occupé à son travail. Il nous fut facile, chez cet individu, de provoquer artificiellement ces deux états et nous le faisions passer ainsi successivement et rapidement de la vie consciente ou éveillée à la vie subconsciente ou onirique, de la raison au délire, absolument comme on le fait chez les hystériques hypnotisés.

Je crois donc pouvoir dire que le délire toxi-infectieux n'est autre qu'un état second, un *délire somnambulique*, analogue aux autres états de somnambulisme, spontanés ou provoqués.

De là à essayer la *suggestion* comme procédé thérapeutique, il n'y avait qu'un pas. J'ai cru pouvoir le franchir.

Les faits que j'ai ainsi recueillis ne sont pas encore extrêmement nombreux, mais ils sont probants. A plusieurs reprises, j'ai traité et guéri de la sorte certains malades atteints de délire toxi-infectieux. Il va sans dire que c'est surtout dans la période d'état ou de déclin se prolongeant outre mesure, bien plutôt que dans les phases de début que ce traitement trouve son application. Mes meilleurs succès ont été chez les individus qui, convalescents d'une infection ou d'une auto-intoxication, restaient dominés par des idées

délirantes isolées et fixes, d'une ténacité extrême et dont aucun raisonnement, aucune évidence, aucune médication ne pouvaient triompher. La suggestion arrivait assez facilement à détruire ces idées délirantes, en même temps qu'elle en démontrait l'origine onirique. Il y a donc là, dans les conditions de réserve et de prudence nécessaires, un traitement rationnel à utiliser.

Certes, nous ne prétendons pas que tous les délirants auto-toxiques soient hypnotisables, il s'en faut. Mais nous pensons que quelques-uns, parmi ceux surtout qui sont atteints de confusion mentale subaiguë avec délire d'action, peuvent être endormis et que chez ceux-là l'amnésie du délire, qui existe habituellement, disparaît dans l'hypnose.

Nous pensons aussi que cet état de rêve existe dans tous les états de confusion mentale, même quand ceux-ci sont trop aigus pour le laisser apparaître, comme le délire aigu et la stupeur et que, par conséquent, *le délire de rêve somnambulique ou onirique constitue la caractéristique des psychoses d'auto-intoxication et par suite de la confusion mentale.*

Cette idée de faire du délire des intoxications un délire de rêve, qui au premier abord peut paraître étrange, n'a rien au fond que de très logique et nous pourrions montrer que de tout temps on a pressenti la vérité à cet égard par la façon dont ont été envisagées la stupidité et la confusion mentale.

Déjà Georget disait en 1820, à propos du *Délire aigu :* « Le malade presque toujours assoupi, somnolent, paraît *rêver* (le mot est souligné par Georget lui-même) quand il fait quelque effort intellectuel. Les délirants une fois guéris, ne se souviennent plus que d'une manière fugace d'un petit nombre de circonstances de leur situation passée [1]. »

Dans les premières descriptions de Delasiauve, on voit poindre çà et là quelques comparaisons, quelques rapprochements avec le rêve. A un moment même, Delasiauve prononce le mot, bien qu'ayant l'air de s'en défendre. « Il est certain, dit-il, que sous l'oppression cérébrale, les *rêves*, qu'on me passe cette expression, ne doivent pas être couleur de roses. L'essentiel est de discerner quand, tristes ou non,

[1] Georget. *De la folie*, p. 238. Paris, 1820.

les perceptions vicieuses appartiennent à un sentiment altéré ou correspondent à une confusion intellectuelle ; or ce dernier cas est celui de la *stupidité*[1]. »

Baillarger, s'il n'est pas d'accord avec Delasiauve sur la nature et la place nosologique de la *stupidité*, dont il fait une variété de *mélancolie*, n'hésite pas à déclarer que *cet état paraît avoir beaucoup d'analogie avec l'état de rêve.* Et il développe les raisons qui militent en faveur de cette analogie. Nous ne citerons que le passage suivant : « Ce qui me fait insister sur cette analogie de l'état de rêve et de l'état morbide que j'ai décrit, *c'est surtout la manière dont les malades rentrent dans le monde réel au moment de la guérison. C'est véritablement une sorte de réveil, mais un réveil qui se fait lentement.* Rien de plus curieux que de voir l'aliéné reconnaître d'un air étonné tout ce qui l'entoure, ressaisir un à un tous ses souvenirs à mesure qu'il s'éloigne de sa maladie.

« Rien de plus net que la manière dont quelques convalescents caractérisent leur état mental antérieur. *Il me semble*, dit une femme à M. Etoc, *que je sors d'un long assoupissement* (c'est celle qui au milieu d'une infirmerie se croyait dans un désert et voyait autour d'elle des voitures chargées de cercueils) (Obs. VII) ; la malade qui fait le sujet de la quatrième observation, et qui a si bien rendu compte de son état, me dit *qu'elle ne peut mieux comparer ce qu'elle a éprouvé qu'à un mauvais rêve.*

« Sans doute tous les aliénés ne s'expriment pas aussi nettement que je viens de rappeler ; mais ce qu'ils ne disent pas, on le voit sur leur physionomie étonnée ; on peut le conclure des questions qu'ils font, mais surtout des détails qu'ils donnent sur l'état dont ils sortent. Ils éprouvent, mais plus lentement, ce qu'on éprouve quelquefois lorsqu'on s'éveille en voyage dans un lieu où l'on a couché pour la première fois : on est alors un instant à se reconnaître, à rassembler ses souvenirs, et le réveil complet se fait d'une manière graduelle[2]. »

Toutefois, Baillarger ajoute un correctif à ce rapproche-

[1] Delasiauve. *Du diagnostic différentiel de la lypémanie* (*Annales méd. psychol.*, 1851, t. III).

[2] Baillarger. *De l'état désigné sous le nom de stupidité*, 1843.

ment. Il termine en effet en disant : « Je ne signale ici que les analogies ; car à part l'état morbide, il y a entre la stupidité et les rêves des différences nombreuses qu'il est inutile de faire ressortir. »

Sauze, traçant en 1852 les règles du traitement moral des malades atteints de *stupidité aiguë*, au moment où ils sortent un peu de leur confusion, dit à cet égard : « Quand l'intelligence recommence à fonctionner, quand arrivent les rémissions, il faut activer sans relâche les opérations cérébrales ; il faut interroger les malades, fixer leur attention, insister quand leur réponse est ou trop lente ou trop peu précise. On doit s'attacher à leur faire comprendre qu'ils sortent d'une maladie grave : on les voit presque toujours être dans l'étonnement, ne pas se rendre compte des diverses circonstances de leur maladie, ni du changement qui s'est opéré en eux, *comme un individu qui pendant son sommeil, transporté dans des lieux inconnus, mettrait un certain temps à reprendre ses sens*. Quelques-uns nous ont dit qu'*il leur semblait sortir d'un long sommeil*. A ces malades *qui se réveillent*, il faut expliquer tous ces détails, les éclairer sur leur position, rappeler leur mémoire, leur poser de petits problèmes et leur en demander plus tard la solution. Cet exercice intellectuel, répété chaque jour sans interruption, en procédant des choses simples aux questions plus difficiles, ramène peu à peu toutes les facultés à leur activité première ; c'est comme un enfant dont l'intelligence se développe progressivement [1]. »

Ritti, parlant de la curabilité de la stupeur, même au bout d'un long temps, s'exprime ainsi : « On en a vu *se réveiller*, pour ainsi dire, après cinq, huit et même dix ans, sans pouvoir dire ce qui s'est passé en eux durant ce long *sommeil* [2]. »

Depuis que la *confusion mentale* a été ressuscitée à l'étranger par les Allemands, en France par Chaslin, la plupart des auteurs qui en ont parlé sont revenus sur cette comparaison avec le rêve.

Meynert dit que le mécanisme des stades de confusion des épileptiques et des alcooliques s'explique par *analogie avec le rêve* dans lequel les images les plus frappantes de la

[1] Sauze. *De la stupidité*. Thèse de Paris, 1852.

[2] Ritti. Art. *Mélancolie avec stupeur* du *Dict. encycl. des sciences médicales*.

journée sont remplacées par d'autres appartenant à des époques plus lointaines. La théorie psychologique de Meynert sur la confusion mentale, si ingénieuse et si bien exposée par Chaslin dans son livre, est en quelque sorte, du reste, une théorie onirique. On sait, en effet, que Meynert attribue cet état pathologique à un affaiblissement de l'écorce avec excitation des centres sous-corticaux, d'où résulte le *sommeil du moi conscient avec déchaînement de l'automatisme* [1].

Schüle dit que tout le groupe de la « Wahnsinn » *confine* en grande partie *aux états physiologiques du rêve* [2]. Mayer rapproche l'état de *demi-rêve* qu'on observe chez certains sujets névrosés ou épuisés par une longue maladie du type de l' « amentia transitoire » de Meynert [3].

Kraepelin donne les définitions suivantes des diverses variétés admises par lui des psychoses asthéniques : confusion mentale, délire de collapsus, démence aiguë. Le *délire de collapsus* est un état de confusion profond à développement excessivement rapide, avec trouble des sens *analogue à celui du rêve*, avec idéorrhée, variation de l'émotion et excitation motrice vive. La *démence aiguë* est caractérisée par la paralysie profonde et rapide de toutes les fonctions psychiques les plus élevées. Enfin la *confusion mentale*, pour ainsi dire intermédiaire aux deux autres, *est un état de confusion en forme de rêve* avec perversion par illusion ou hallucination de la perception, état aigu développé par suite de l'atteinte portée par une cause extérieure nuisible [4].

Chaslin, dans son ouvrage [5], bien qu'il n'établisse pas spé-

[1] Les théories histo-psychologiques actuelles sur l'existence dans le cerveau de centres sensitivo-moteurs de projection et de centres psychiques d'association (Flechsig) susceptibles dans certaines conditions déterminées de fonctionner de façon indépendante, les théories également en voie de formulation à l'heure actuelle sur la communication des neurones au moyen de prolongements protoplasmiques qui se rétracteraient dans le sommeil et dans certains états d'intoxication (Pupin, Héger) sont au fond assez analogues à la théorie de Meynert.

[2] Schüle. *Zur Paranoïa-Frage.* (*Allg. Zeitsch. für Psych.*, t. L.)

[3] Mayer. *Sechzehn Fälle von Halbtraum-Zustände* (*Iahrb. für Psych.*, t. XI, 1892).

[4] Kraepelin. *Psychiatrie,* 1896.

[5] Chaslin. *La Confusion mentale primitive.* Paris, 1895.

cialement de comparaison entre la confusion mentale et le rêve, paraît rapprocher à diverses reprises ces deux états. Au chapitre de la *Psychologie pathologique*, à propos de la désagrégation mentale des sujets il dit : « A un degré de plus l'incohérence est telle que deux images successives ne paraissent plus avoir de relations entre elles. La suite est facile à prévoir, c'est l'*état de rêve* à tous ses degrés.

Çà et là on trouve encore d'autres allusions. Par exemple : « Lorsque le trouble pathologique est à son plus haut degré, il semble que le malade ait perdu tout rapport avec le monde extérieur et que la pensée soit réduite à son minimum comme dans le *sommeil* (p. 119). » Et encore : « Quelquefois la guérison arrive avec une très grande rapidité et le malade *semblant s'éveiller d'un profond sommeil* s'oriente peu à peu et recouvre l'intégrité de son intelligence. »

M. Séglas a, lui aussi, été frappé du caractère onirique de la confusion mentale et dans maints endroits, notamment dans son article du 17 mars 1897 de la *Presse Médicale* il dit que « son délire ressemble à un rêve ».

Le professeur Francotte, dans un article tout récent, s'exprime ainsi au sujet de ce qu'il appelle le *délire généralisé*, affection qui correspond jusqu'à un certain point, à la *confusion mentale* des Français, à la *Verwirtheit* des Allemands, à l'*Amentia* de Meynert : « ..... L'idéation subit un trouble plus ou moins prononcé parce qu'elle n'est plus dirigée par l'attention consciente, mais en quelque sorte, livrée aux hasards de l'automatisme ; il en résulte, ou bien des discours décousus et sans suite, ou bien, une véritable incohérence, c'est-à-dire que les mots eux-mêmes n'offrent plus entre eux de rapports appréciables ; *le malade est dans un état analogue à celui du rêveur* [1]. »

M. Marandon de Montyel, dans sa Revue générale sur la Confusion mentale primitive et secondaire (*Gazette des Hôpitaux*, novembre-décembre 1897), cherchant à identifier la *lypémanie stupide* de Baillarger et la *confusion mentale*, s'appuie tout particulièrement sur *leur analogie*, reconnue de tous, *avec le rêve*.

Le Dr Marro, dans une récente étude sur les *délires d'origine hypnagogique*, diurnes aussi bien que nocturnes, après

[1] Francotte. *Classification* (*Bull. de la Société de méd. mentale de Belgique*, septembre 1897).

avoir montré par quelques cas frappants que ces délires sont souvent dus au surmenage psychique, au choc moral, au surmenage physique, rappelle que dans ces divers états, il existe une auto-intoxication due à des substances nuisibles fabriquées qui produisent une irritation des centres nerveux, d'où, comme conséquence, le délire[1].

Le D[r] Sante de Sanctis enfin, dans sa communication : « Psychoses et Rêves » au congrès de Bruxelles (*Journal de Neurologie et d'Hypnologie*, 5 et 20 décembre 1897), distingue parmi les états intermédiaires entre la veille consciente et le sommeil complet : les états de *Traümerei*, de *rêverie*, états hypnoïdes voisins des états hypnagogiques, se rapprochant du sommeil physiologique et qui peuvent se rencontrer même chez des individus normaux ; les vrais « stati sognanti », « Traumzustände », qui eux sont pathologiques et se *rapprochent du type de l'amentia, de la confusion*, n'ayant avec le *rêve* de l'individu normal que des rapports de ressemblance, basés essentiellement sur des caractères cliniques communs. Et devant ce fait que la notion du « stato sognante », du « Traumzustände » ne se base que sur un rapport de ressemblance entre la folie et le rêve et que ces termes sont vagues, l'auteur se demande s'il ne conviendrait pas d'abandonner cette dénomination qui n'a pour elle que l'excuse d'un usage déjà fort long, pour les remplacer par ceux de confusion mentale, amentia, paranoïa aiguë, qui désignent des états analogues.

Nous avons gardé, pour en parler en dernier lieu et à part, un article publié par le D[r] Joanny Roux, ex-interne des hôpitaux de Lyon, dans la *Province médicale* du 22 mai 1897.

Dans cet article, qui a pour exergue ces mots de Pitcains : « Le délire est le songe de ceux qui veillent », notre confrère raconte la très intéressante histoire d'un délire de quatre jours qu'il a eu lui-même, durant un érysipèle grave.

Or, bien placé pour apprécier ce qui s'est passé en lui à ce moment, il montre comment, avec des manifestations extérieures d'agitation et d'apparente incohérence, il s'est agi en réalité chez lui d'un véritable rêve parfaitement coordonné, suivi et qui s'est déroulé logiquement dans toutes ses péripéties, en s'assimilant les êtres et les choses de l'entourage. A

[1] Marro. *Contribution à l'étude des délires d'origine hypmagogique. Annalli di freniatria*, 1897, f. 2.)

ce point que, par l'analyse de son propre cas, l'auteur arrive à cette conclusion, but de son travail, que « le délire fébrile peut, dans certains cas, être assimilé à un rêve se produisant à l'état de veille et se mélangeant à des doses diverses à la réalité extérieure », c'est-à-dire exactement à l'opinion que nous avions formulée antérieurement et qu'il n'a connue que depuis.

Il n'est pas possible, croyons-nous, de trouver un argument plus probant.

Nous venons d'établir que le délire des auto-intoxications est un délire de rêve. Mais nous avions déjà montré auparavant, que le délire des auto-intoxications est analogue au délire alcoolique. Il faut donc nécessairement, si ces données sont exactes, que *le délire alcoolique soit, lui aussi, un délire de rêve.*

Nous insisterons peu sur ce point pour cette bonne raison que la démonstration a déjà été faite avant nous par un maître illustre, par Lasègue, dans son article si connu : *Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve.* Dans cet article, dont le titre seul est d'une signification si précise, Lasègue prouve que *le délire alcoolique est, chronologiquement et symptomatiquement, la suite d'un rêve.* L'idée de Lasègue est plus ou moins implicitement admise par tous aujourd'hui et Klippel, entre autres, regarde le type de « rêve prolongé » comme caractéristique du délire alcoolique.

Les exemples cliniques abondent ici et nous n'aurions que l'embarras du choix si nous voulions en rapporter. Nous nous bornerons simplement à citer en quelques mots l'histoire de ce malade, venu ces jours derniers à notre consultation de la Faculté en état d'insuffisance hépatique avec ictère et qui nous fit le récit détaillé et curieux d'un accès de délire alcoolique pour lequel il avait été interné l'année précédente. *En apparence, il avait été atteint de manie aiguë, avec incohérence et agitation désordonnée ; en réalité il avait vécu un rêve.* Ayant en effet commencé par mal dormir, après un mois ininterrompu de « noces absinthiques et liquoreuses » (c'est son expression) il rêva, une nuit, qu'il avait volé dans une maison, à Toulouse. Ce rêve, au lieu de se dissiper au matin, persista comme une réalité et à dater de ce moment, devint le point de départ de toute une série de déductions s'y rattachant. Le malade se croyait recherché par la police ; on

l'arrêtait, on le mettait en prison, on le condamnait et, pendant ce temps, son père, déshonoré, se suicidait. Tout cela se déroula successivement, comme une sorte de trame, avec identification complète du malade à son rêve, jusqu'au jour où, déjà moins confus, il sortit de son sommeil et revint à la réalité à l'asile, en face de son père, qu'il croyait mort.

Point important à signaler : le délire proprement dit ne dura qu'une semaine ou deux ; mais pendant *plusieurs mois encore*, le malade, tout à fait lucide le jour, continuait la nuit d'avoir des *rêves*, des cauchemars, des hallucinations caractéristiques. Cela prouve que, si, comme l'a montré Lasègue, on entre dans le délire alcoolique par le rêve, on en sort aussi par le rêve, le délire n'étant entre les deux qu'une sorte de maximum, d'intermédiaire diurne. Cela prouve aussi que si ce qu'on appelle le délire alcoolique est essentiellement transitoire et ne dure que quelques jours, il fait partie d'un tout symptomatique qui persiste pendant des mois et qu'on ne peut en somme déclarer un alcoolique guéri que lorsqu'il a cessé d'avoir non pas seulement de l'onirisme diurne, mais aussi de l'onirisme nocturne.

On nous pardonnera, nous l'espérons, ces longs développements sur le caractère onirique ou de rêve des délires auto-toxiques et toxiques. Nous les avons considérés comme indispensables pour donner une idée aussi exacte que possible de la façon dont nous comprenons, cliniquement, ces délires.

Nous pouvons maintenant, pour finir, être très bref. Le *délire auto-toxique* et, par suite, *la confusion mentale, n'est pas la vésanie, la folie commune*. Des caractères très importants et très tranchés l'en séparent, comme nous l'avons vu. C'est ce qui explique sans doute pourquoi les vraies psychoses d'auto-intoxication ne s'observent généralement pas dans les asiles. Sur un total d'une trentaine de malades de ce genre que j'ai connus, dans ces dernières années, deux seulement furent internés et encore temporairement. La plupart appartiennent à ma consultation de la Faculté ou à ma clientèle de ville. Les cas publiés par les autres auteurs, en particulier par M. Séglas, ont été observés dans les mêmes conditions. On ne reçoit guère, dans les asiles, que des cas dans lesquels l'infection, l'auto-intoxication génératrices de la psychose ont passé inaperçues, ou certains délirants aigus des hôpitaux que leur agitation n'a

pas permis de garder, ou enfin des malades devenus chroniques. Il est certain en effet que lorsque la psychose d'auto-intoxication reste pure, elle peut parcourir son évolution sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'internement.

Cependant, et c'est là un point de clinique intéressant qui mériterait d'être examiné, *les psychoses d'auto-intoxication ont des rapports avec les vésanies*. Sans parler des délires d'auto-intoxication qui peuvent survenir dans le cours de vésanies déjà existantes et dont nous avons dit un mot, on peut avoir affaire encore à deux ordres de cas : ceux où le délire onirique, caractéristique de l'auto-intoxication, s'accompagne d'emblée de symptômes vésaniques ; et ceux, plus fréquents, où le délire d'auto-intoxication au lieu de disparaître après avoir terminé son cours, finit, au bout d'un certain temps, par se modifier et se continue ou se termine par une véritable vésanie, manie, mélancolie ou paranoia secondaire. Ces cas, les derniers surtout, présentent de grandes difficultés en pratique et il est très malaisé de déterminer à quel moment précis un délire auto-toxique cesse d'être lui-même, pour devenir de la folie. J'observe en ce moment un fait de ce genre, celui que j'ai rapporté dans le chapitre des auto-intoxications rénales et j'en suis à me demander à l'heure actuelle si la confusion mentale aiguë du début ne tourne pas chez la malade, à la mélancolie simple avec idées de culpabilité imaginaire. Il est évident que la prédisposition vésanique joue le rôle capital dans cette association, au délire auto-toxique, de la folie.

Diagnostic. — Lorsque le diagnostic entre une psychose auto-toxique et la vésanie pure paraît indécis, l'examen somatique, l'analyse chimique des sécrétions et excrétions, l'expérimentation peuvent être utiles et lever tous les doutes. Nous signalerons à cet égard la très ingénieuse initiative récente de M. Taty qui, grâce à l'emploi de la séro-réaction de Widal, a pu, dans un cas, préciser le diagnostic et reconnaître sous le masque d'une mélancolie anxieuse, une forme larvée de la fièvre typhoïde avec confusion mentale hallucinatoire. A noter, dans ce très intéressant travail qui mérite d'être lu, qu'au moment de l'amélioration *il semble au malade qu'il se réveille peu à peu d'un long cauchemar dont il a peine à se tirer*. Il raconte que toutes les personnes qui l'entouraient ou passaient près de lui le regardaient avec des

yeux étranges, qu'on le soupçonnait d'être la cause d'une série de catastrophes, les unes réelles auxquelles il avait assisté auparavant, les autres imaginaires, et il faut lui affirmer avec énergie qu'il n'est pour rien dans les premières et que les secondes *il les a rêvées*[1].

Pronostic. — Nous ne dirons rien du *pronostic* des psychoses auto-toxiques, en ayant déjà parlé à maintes reprises dans le cours de ce travail et nous nous bornerons à rappeler que suivant les cas, ces psychoses peuvent se terminer par la mort, par la guérison, par la chronicité et le passage à la folie. La guérison est cependant la plus fréquente des terminaisons, et elle a lieu souvent même après des mois et plusieurs années.

Traitement. — Quant au *traitement*, il comporte une infinité de points différents et il serait nécessaire de lui consacrer un chapitre entier, ce que nous ne pouvons faire ici.

Bornons-nous à répéter, avec tous les auteurs, que l'indication dominante consiste, nécessairement, à combattre la cause première, c'est-à-dire l'auto-intoxication ou l'infection : d'où l'utilité capitale des purgatifs et des laxatifs répétés, des médicaments anti-toxiques, des lavages de l'estomac, des diurétiques, de la saignée, des injections intraveineuses, surtout dans les phases de début, lorsque l'empoisonnement est à son maximum. En même temps, et suivant les cas, on administre les sédatifs, les bains, les toniques, etc.

Nous avons essayé une fois, chez un malade atteint de confusion mentale aiguë prolongée, *le séjour au lit systématique* préconisé par les étrangers et malgré notre peu de confiance dans ce moyen, qui ne nous paraissait guère applicable en raison de l'agitation, nous avons été surpris de l'heureuse influence qu'il a eue, en entretenant pour ainsi dire le malade dans une vague idée qu'il était atteint de quelque fièvre, en arrêtant la dénutrition, qui se faisait rapidement et en amenant le calme. Nous avons depuis renouvelé cette tentative et nous nous en sommes chaque fois bien trouvé, surtout comme moyen de calmer l'agitation et de préserver l'état général, souvent très précaire dans les cas de ce genre. Nous n'hésitons donc pas à nous joindre à M. Chaslin, à M. Sérieux et aux auteurs étrangers qui préco-

[1] Taty. *Séro-Réaction de Widal dans un cas de Psychose.* (*Lyon médical*, 1897.)

nisent le repos au lit systématique dans le traitement de la confusion mentale.

Lorsque les périodes d'agitation aiguë sont passées et que surviennent celles d'asthénie physique et psychique qui vont souvent jusqu'à la cachexie, le traitement doit changer de face et il faut alors s'appliquer à régénérer, à reconstituer l'organisme par un ensemble de moyens appropriés visant à la fois l'hygiène, l'alimentation, les médications internes et externes. Parmi ces dernières, les pratiques hydrothérapiques et électrothérapiques, les frictions, le massage, la gymnastique, les injections de sérum artificiel, l'eau oxygénée, l'opothérapie, les reconstituants du système nerveux, peuvent rendre les plus grands services.

Quant au traitement de l'intelligence en particulier, il offre ici quelque chose de spécial, en raison de la faiblesse mentale dans laquelle se trouvent la plupart des malades au sortir de leur crise et on peut dire que dans aucune autre psychose l'intervention personnelle du médecin n'est plus indiquée et plus efficace. On a vu plus haut les très judicieuses indications formulées déjà autrefois par Sauze à cet égard. Il faut y ajouter tout ce que les progrès des méthodes psychothérapiques nous permet aujourd'hui de réaliser. J'ai déjà dit, et j'insiste sur ce point, parce qu'il a, me semble-t-il, une réelle importance, que dans nombre de cas on pouvait, par la suggestion hypnotique, faire disparaître l'amnésie et les idées délirantes consécutives à l'accès et activer ainsi la guérison.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XVI. **Sur les phénomènes de réparation dans les centres nerveux, après la section des nerfs périphériques**; par M. G. Marinesco. (*Presse médicale*, 5 octobre.)

A la phase de réaction à distance, qui se produit, à la suite de la section d'un nerf périphérique, dans les cellules où il prend son origine, succède une phase de réparation. Celle-ci a été étu-

diée en détail par M. Marinesco sur les cellules du noyau de l'hypoglosse de lapins, sacrifiés, au bout d'un nombre de jours variant entre vingt-quatre et cent onze, après la section de ce nerf. Les phénomènes de réparation sont déjà manifestes au bout de vingt-quatre jours, alors que la réunion des deux bouts du nerf commence à se faire; ils s'accentuent progressivement et atteignent leur maximum au bout de cent jours, période à laquelle s'effectue le retour à l'état normal. Ils se manifestent tout d'abord par la coloration foncée du corps cellulaire et par l'augmentation de volume des cellules; l'aspect foncé de la cellule tient à la densité et à l'augmentation de volume des éléments chromatophiles; il se produit une néoformation de granulations chromatiques, siégeant le plus souvent autour du noyau, que celui-ci soit central ou excentrique. Les éléments chromatiques deviennent ensuite encore plus abondants et plus réguliers comme dimensions et comme topographie. L'hypertrophie cellulaire est à son maximum au quatre-vingt-dixième jour (cellules géantes); après le centième jour, la cellule diminue progressivement de volume. Contrairement à l'opinion généralement admise, l'auteur a constaté que les modifications cellulaires dues au processus de réparation portent, non seulement sur la substance chromatique, mais encore sur la substance achromatique. Les mailles du réseau formé par le spongio-plasma se dilatent, probablement à cause de la grande quantité de substance chromatique qu'elles doivent loger; plus tard, elles reviennent insensiblement à leurs dimensions primitives. Ces constatations établissent que l'extensibilité et la rétractilité du spongio-plasma sont les agents du changement de volume de la cellule nerveuse. La réparation se fait, d'une façon générale, d'autant plus rapidement que l'animal est plus jeune; elle varie aussi suivant l'espèce de l'animal. Enfin, elle est influencée par la précocité plus ou moins grande de la réunion des deux bouts du nerf sectionné; la régénérescence des nerfs périphériques est la fonction de la réparation cellulaire, et celle-ci dépend de la première.

Il est démontré que les neurones sensitifs réagissent, à la suite de la section de leurs prolongements périphériques, de la même façon que les neurones moteurs (chromatolyse, migration du noyau, tuméfaction du corps cellulaire). Mais, tandis que Van Gehuchten admet que ces éléments subissent, après la phase de réaction, une phase de destruction ou de dégénérescence aboutissant à la disparition des cellules profondément altérées, M. Marinesco s'appuyant sur les résultats d'expériences pratiquées par lui sur le pneumogastrique du chien et du lapin, soutient que les neurones sensitifs, comme les neurones moteurs, ont des tendances naturelles à réparer leurs lésions; toutefois, le processus de réparation est plus lent et plus pénible dans les neurones sensitifs.

A. FENAYROU.

XVII. Etude microscopique de la moelle dans deux cas de Mal de Pott; par William G. Spiller, *professeur de Pathologie nerveuse à la polyclinique de Philadelphie*. (*Bulletin de l'hôpital de John Hopkins*, juin 1896.)

L'auteur présente des préparations de moelle de deux sujets morts du mal de Pott. Dans le premier cas la moelle a été peu comprimée par la vertèbre déplacée, dans le second cas la compression était grande et due au déplacement de la vertèbre et à un abcès tuberculeux intra-duremérien. Des considérations sur le traitement du mal de Pott font suite à l'exposé des lésions, et six photographies de préparation de la moelle accompagnent ce travail.

XVIII. Le réflexe viril ou bulbo-caverneux; par le Dr Hughes.

En mai 1890, Onanoff avait communiqué à la *Société de Biologie* un travail établissant l'existence à l'état normal d'un réflexe ischio et bulbo-caverneux sous l'influence d'une irritation de la surface dorsale du gland; il montrait aussi que, dans les cas de troubles des fonctions génitales, la présence de ce réflexe indique une origine dynamique et permet un pronostic favorable alors que l'absence du réflexe est un signe de lésion organique et aggrave le pronostic. Peu de temps après, en janvier 1891, et sans connaître le travail d'Onanoff, l'auteur publiait sur ce même réflexe un mémoire intitulé : « Note sur le réflexe viril. » Il joint, du reste, au présent travail, deux lettres de Brown-Sequard, relatives à cette question d'historique.

Depuis les premiers travaux sur ce réflexe, M. Hughes a trouvé une meilleure méthode pour le provoquer.

Le patient étant couché sur le dos, les jambes allongées, le médecin tient avec lui une conversation sur un sujet érotique, puis, tenant le prépuce entre le pouce et l'index, au niveau du méat urinaire, le tire, l'allonge avec force; dans ces conditions, le réflexe est, ou provoqué normalement, ou exagéré, ou ne se produit pas, suivant que la virilité du malade est normale, exagérée ou absente ou résultante d'un état morbide du centre génito-spinal ou de l'âge.

Ce réflexe demande, pour être recherché, une certaine expérience, car il est bien plus souvent senti que vu. L'importance de ce signe peut être grande dans les questions de viol, de paternité ou de capacité sexuelle. (*The Alienist and Neurologist*, janvier 1898.)

E. B.

XIX. Section ancienne du médian. Suture. Prétendu retour immédiat de la sensibilité; par A. Lambotte et Sano. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 17.)

Il résulte de l'observation qui fait l'objet de ce travail que seize mois après une section complète du nerf médian au poignet chez un homme de quarante-six ans, la résection du névrome consécutif à la blessure et la suture des deux extrémités du nerf ont été suivies au bout de quarante-huit heures d'un retour partiel de la sensibilité tactile et d'un retour complet de la sensibilité articulaire. Pour expliquer ce fait, l'auteur admet que la névrome envoyait vers les centres des sensations perturbatrices continuelles qui gênaient les perceptions.

Après la résection du névrome les sensations recueillies par les anastomoses récurrentes, que le radial et le cubital donnent au territoire du médian ont permis au malade d'apprécier presque immédiatement les impressions du monde extérieur. G. D.

XX. Abolition du réflexe rotulien malgré l'intégrité relative de la moelle lombo-sacrée; par F. Sano. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 16.)

Sur les six faits relatés dans ce travail quatre concernaient une lésion de la partie cervicale de la moelle et deux une lésion de la partie dorsale supérieure.

Trois fois le début a été brusque et la moelle complètement sectionnée : dans ces trois cas, la paralysie flasque avec abolition des réflexes s'est produite d'emblée et s'est maintenue jusqu'à la mort survenue quarante heures, sept jours et sept mois et demi plus tard. Une fois il y a eu érection continue, une autre fois les renseignements manquent, une autre fois il n'y avait érection, les deux premiers mois et demi de l'affection que quand on sondait le malade.

Trois fois le début a été lent. La paralysie flasque a toujours été précédée d'un état spasmodique, et s'est toujours accompagnée d'une abolition des réflexes tendineux. Dans les six cas la moelle lombo-sacrée n'était le siège d'aucune altération. G. Deny.

XXI. Les centres et voies de communication de la parole et de l'écriture; par J. Rosa. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI, N. F. IX, 1898.)

Travail de patience exécuté par un professeur non médecin. L'esprit humain, dit l'auteur, associe souvent des conceptions disparates dans l'intention de rappeler l'une de ces conceptions à l'aide d'une autre. Cette conception chargée d'en rappeler une autre est un

signe. La conception rappelée par l'autre est l'*image objective*. C'est ainsi qu'un nœud fait à mon mouchoir de poche est un signe qui me rappelle une commission (idée objective) que j'ai à faire à un ami. Les signes, ce sont les images phonétiques (idées des mots entendus) et les images graphiques (idées des mots vus). Pour reproduire oralement une image phonétique (mot intérieur que nous seuls entendons), il nous faut avoir aussi l'idée des mouvements musculaires qui doivent être exécutés au moyen des organes de la parole pour arriver à émettre les sons qui composent le mot en question, et pour placer les sons dans un ordre déterminé (image motrice). Pour fixer une image phonétique au moyen de l'écriture, il nous faut avoir l'idée des mouvements de la main nécessaires pour représenter l'image graphique.

Pour parler et pour écrire, cinq groupes d'idées sont indispensables : 1° les images objectives (conceptions relatives aux choses dont on parle ou sur lesquelles on écrit) ; 2° les images phonétiques des mots entendus (conceptions verbales acoustiques intérieures qui ne sont perçues que par nous) ; 3° les images graphiques des mots vus (conceptions verbales optiques que nous obtenons par la lecture des caractères écrits ou imprimés)[1] ; 4° les images motrices des mots parlés, c'est-à-dire des mouvements nécessaires pour reproduire oralement les images phonétiques ; 5° les images motrices des mots écrits, c'est-à-dire des mouvements nécessaires pour reproduire par écrit les images graphiques.

L'auto-observation nous apprend, continue M. Rosa, qu'il y a une certaine indépendance entre les images objectives et les images phonétiques (les mots). La clinique nous apprend la localisation cérébrale en divers endroits du cerveau des diverses espèces d'images (déjà connu). Ces centres sont reliés entre eux par des voies de communication. Là est le but des nouveaux schémas.

En ce qui concerne les images objectives, tout élément non optique d'un objet (auditif et tactile) s'en irait d'abord trouver l'élément optique de cet objet pour de là aboutir à son image phonétique.

Les images *phonétiques* et *graphiques* s'effectueraient comme suit : *Ag* est l'œil ; *oE* l'élément optique d'une conception objective ; *K* l'image phonétique correspondante ; *Sch* l'image graphique.

Par l'œil nous obtenons, au moyen de la voie *a* les éléments optiques des conceptions objectives, ou en utilisant la voie *b* les images graphiques, la voie $oe + o$ qui unit l'image objective à l'image graphique, et la voie $b' + k$, inverse, conduisant l'image graphique à l'image objective possèdent un point nodal commun *K* qui est l'image phonétique.

Le schéma se complique quand il s'agit de déterminer les *images*

[1] Voyez sur ce sujet : *Langage écrit*, par Keraval. Paris, in-8°, 1897.

motrices et les centres destinés à l'*exécution mécanique de la parole et de l'écriture.*

Ici la voie de la parole $r+t$ qui va de l'image phonétique K au centre d'articulation A passe, dans l'intervalle, par le centre des

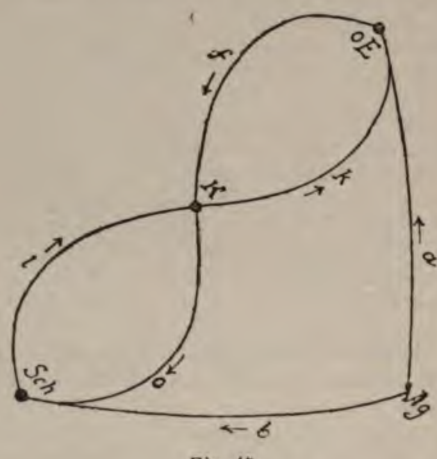


Fig. 15.

mouvements B. La voie $v+y$ qui va de l'image graphique *Sch* au centre d'exécution mécanique de l'écriture A' passe par le centre intermédiaire des mouvements de l'écriture B'. La voie zz est la voie de perception par l'œil des mouvements que font les organes de la parole pendant l'acte de la parole, elle passe par le centre M des conceptions des mouvements de l'instrument de la parole qui accompagnent le son du mot.

Un enfant qui copie d'après l'abécédaire sans savoir encore lire se sert de b, v, y.

Un enfant qui lit sans articuler un mot et l'écrit utilise b, l, o, v, y.

Un enfant qui écrit ce qu'il a lu en silence et compris se sert de b, l, k, v, y.

Tel est le principe du schéma ; mille variétés pédagogiques sont successivement étudiées : lecture à haute voix d'un mot étranger incompris ; lecture à haute voix d'un mot étranger compris ; dénomination d'un objet ; exclamation de l'enfant surpris qui voit une hirondelle au ciel et s'écrie : « une hirondelle » ; travail intellectuel de l'homme devenu sourd qui répète un mot qu'il lit sur la bouche d'un ami et comprend, etc., etc. Sont enfin examinées les voies de transmission anormales des sensations auditives et tactiles des choses lorsqu'elles déraillent sur les autres voies de transmis-

sion qui ne leur appartiennent pas et où les vibrations ne devraient pas aller comme il a été dit *supra* : ici on obtient un complexus

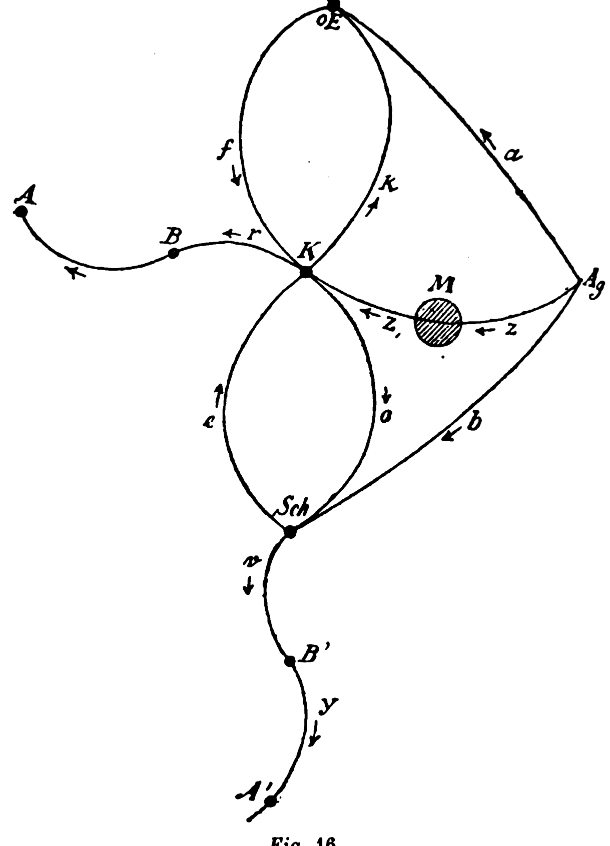


Fig. 16.

schématique qui nécessiterait une épure à une grande échelle. Les cas cliniques classiques des auteurs sont illustrés par ces réseaux.

P. Keraval.

XXII. Influence microbienne, et des toxines dérivées dans la genèse des affections nerveuses centrales et périphériques; par Th. Buzzard. (*British med. Journal*, 8 octobre 1893.)

L'auteur étudie successivement à ce point de vue les paralysies

de l'enfance, les affinités électives de certaines toxines pour les centres nerveux (diphtérie par exemple). Il passe ensuite en revue les scléroses en plaques ou diffuses s'appuyant sur l'opinon de P. Marie concernant l'origine infectieuse fréquente des premiers. Les névrites périphériques et myélites systématisées, ainsi que les infections spécifiques, font l'objet d'autant de paragraphes spéciaux.

Discussion au cours de laquelle le Dr Bramwell signale l'origine micro-organique de la polio-myélite antérieure aiguë.

Dr A. Marie.

XXIII. **Porencéphalie occipitale symétrique**; par Cluich. (*British medical Journal*, 1er octobre 1898.)

C'est l'observation d'une femme de dix-huit ans placée à l'asile de Durham.

L'autopsie montra l'ectasie postérieure ventriculaire transformant les lobes occipitaux en kystes bilatéraux (trois figures photographiques). L'étiologie congénitale de ces lésions semble pouvoir être rapportée à un accouchement difficile et prolongé (hémorragies cérébrales postérieures). Cliniquement les lésions occipitales se traduisirent particulièrement par le strabisme interne avec nystagmus, l'atrophie optique et l'imbécillité. Dr Marie.

XXIV. **Un cas de lésion localisée du quatrième ventricule**; par Walter Carr. (*British med. Journal*, 8 octobre 1898.)

Observation, sans nécropsie, d'ophtalmoplégie incomplète causée probablement par un foyer localisé au plancher du quatrième ventricule aux points classiques et dû à l'athérome ou à la trombose (schéma explicatif). Dr A. Marie.

XXV. **Tumeurs intra-craniennes**; par D. Ferrier. (*British med. Journal*, 8 octobre 1898.)

Étude d'ensemble au point de vue anatomo-topographique et localisation en vue du traitement. L'article contient le pronostic général des tumeurs cérébrales, les proportions de celles qui sont opérables, les résultats opératoires moyens, le tout basé sur les statistiques de l'hôpital des épileptiques et paralytiques de Londres. — Discussion. A. Marie.

XXVI. **Contribution à l'anatomie pathologique de la psychose polynévritique et de certaines formes de confusion mentale primitive**; par MM. G. Ballet et M. Faure. (*Presse médicale*, 30 novembre 1898.)

Les auteurs rapportent les observations de deux malades atteintes

de confusion mentale primitive, à l'autopsie desquelles ils ont trouvé des lésions cérébrales importantes. Ces malades, du sexe féminin, étaient des alcooliques avérées; elles étaient en même temps tuberculeuses et présentaient de la dégénérescence du foie avec lésions de cirrhose; chez toutes deux, la symptomatologie mentale était la même, associée chez l'une à des signes manifestes et à des lésions accusées de polynévrite. Les lésions cérébrales constatées sur des coupes colorées par la méthode de Nissl, consistaient en des altérations des grandes cellules pyramidales et des cellules de Betz : tuméfaction et déformation plus ou moins marquées des corps cellulaires; noyau peu visible, se déplaçant vers la périphérie, chromatolyse d'intensité variable, allant depuis la simple dissolution de quelques granulations chromatophiles autour du noyau, jusqu'à la chromatolyse complète. Il n'existait pas de lésions vasculaires, de diapédèse, ni de prolifération interstitielle. Chez la malade atteinte de psychose polynévritique, ont été observées des lésions (déformation cellulaire, migration du noyau, chromatolyse) de la plupart des cellules des cornes antérieures de la moelle épinière. Les nerfs des membres inférieurs présentaient une dégénérescence à type wallérien, surtout accusée à la périphérie de ces nerfs ; quelques tubes seulement des nerfs des membres supérieurs présentaient la même altération.

L'absence de lésions vasculaires, l'intégrité de la gangue névroglique et la prédominance des lésions au niveau des régions de la moelle correspondant à l'origine des nerfs les plus malades, concourent, avec les caractères de la chromatolyse (chromatolyse à siège central), bien qu'il soit démontré que ce dernier signe n'a qu'une valeur très relative, à établir que les lésions médullaires étaient des lésions secondaires, c'est-à-dire consécutives à la polynévrite et engendrées par elle. Les lésions cérébrales aussi n'étaient peut-être pas primitives; il n'est pas certain qu'elles fussent le résultat d'une injure faite à la cellule par la substance toxique qui, quelle qu'elle soit, doit être incriminée. Il pourrait se faire que l'agent toxique ait, au cerveau, comme au niveau des nerfs des membres, porté primitivement son action sur les fibres à myéline et que les altérations cellulaires aient été la manifestation de la réaction à distance qui se produit dans toute cellule dont le prolongement cylindraxile est altéré.

La nature de l'agent toxique, producteur des lésions constatées n'a pas été déterminée avec précision; on était en droit d'incriminer à la fois la tuberculose, les lésions hépatiques et l'alcoolisme; mais il n'a pas été possible d'établir la part qui revient à chacun de ces facteurs dans la pathogénie de ces altérations.

A. FENAYROU.

XXVII. Sur un cas de paralysie ascendante aiguë sans lésion histologique des nerfs et de la moelle; par les Drs GIRAUDEAU et LÉVI.

Il s'agit d'un malade de 25 ans, atteint trois mois auparavant d'une fièvre typhoïde traitée par le sérum antityphique et qui, au cours de sa convalescence, fut pris d'une paralysie ascendante aiguë. L'affection commença par les membres inférieurs, envahit le tronc puis les membres supérieurs, enfin les muscles de la respiration.

La paralysie fut complète, avec atteinte des sphincters. La sensibilité était émoussée au niveau des membres paralysés. Il n'existait pas d'atrophie. La mort survint dix jours après le début des premiers accidents.

L'étude histologique du système nerveux a fait constater l'intégrité des nerfs périphériques et des racines antérieures. La moelle examinée suivant les différentes méthodes, ne s'est pas montrée altérée.

Les cellules bulbaires, au niveau du noyau des nerfs mixtes, ne laissaient apercevoir aucune lésion. Le cerveau était normal sur les coupes.

Il faut donc supprimer la possibilité, soit d'altérations histologiques inaccessibles encore aux procédés actuels, soit d'altérations d'un autre ordre, décelables par d'autres méthodes. Il est bon, d'ailleurs, de remarquer que même dans certains cas de maladie de Landry avec lésions, il n'y a pas de parallélisme entre l'évolution clinique et l'état anatomique. (*Revue neurologique*, oct. 1898.)

E. BLIN.

XXVIII. Sur un cas d'atrophie unilatérale du cervelet; par les Drs LANNOIS et PAVIOT.

Observation intéressante d'atrophie du lobe gauche du cervelet chez un malade épileptique qui avait été soumis à la sympathectomie. L'épilepsie paraît avoir été en rapport avec l'atrophie cérébelleuse, mais, au point de vue clinique aucun signe ne permettait de songer à une affection cérébelleuse.

Un point très spécial indiqué par le malade était la conservation habituelle de la conscience pendant l'attaque épileptique. Il existe enfin une atrophie croisée du cerveau très appréciable puisque l'hémisphère droit ne pesait que 440 grammes contre 560 grammes pour l'hémisphère gauche. Histologiquement, l'atrophie cérébelleuse est caractérisée par la disparition, par la fonte sans processus inflammatoire ou nécrobiotique apparent des éléments constituant le manteau gris cérébelleux, couche des grains et cellules de Purkinje, atrophie sans lésion vasculaire. (*Revue neurologique*, oct. 1898.)

E. B.

XXIX. Les champs névrogliques endothéliformes chez les mammifères; par C. Bonne.

Les fibres névrogliques se terminent sur la limitante marginale du névraxe d'un mammifère de la même façon que sur celle du névraxe amyélinique d'une lamproie ou sur celle d'un névraxe fœtal de n'importe quel vertébré : c'est-à-dire par des plateaux bas et soudés ensemble en ordonnance épithéliale. La méthode de Golgi mettant en évidence les pieds élargis en entonnoir, et prenant appui sur la marginale, des cellules épendymaires du névraxe fœtal en train de devenir névrogliques, montre que, dès le début de la différenciation, le dispositif de revêtement épithélial vrai prend naissance à la surface interne de la vitrée.

Ce dispositif persistant à travers toute la série des vertébrés et dès le début de la phase fœtale jusqu'au terme du développement le plus compliqué, reste ainsi le témoin invariable de la signification primitive du névraxe : celle d'un épithélium disposé en une couche de revêtement continu sur la ligne de base. (*Revue neurologique*, sept. 1898.) E. B.

XXX. Contribution à la connaissance des courants oscillants à haute tension; par le professeur E. Jendrassik.

A l'expression courants de haute fréquence employée par M. D'Arsonval, l'auteur préfère celle de courants de haute tension : la fréquence est le résultat des dimensions des appareils et est donnée par une certaine installation alors que la tension varie dans une certaine mesure selon l'intensité du courant générateur et les résistances dans le circuit.

Dans le présent travail, M. Jendrassik ne s'occupe que des qualités physiques de ces courants.

Pour les courants oscillants, la conductibilité des différentes substances est altérée dans des mesures différentes, souvent opposées à ce qu'on voit ordinairement et, principalement, la résistivité de l'épiderme ne semble pas être plus grande que celle des tissus sous-jacents et la résistance entre les deux mains d'un homme adulte est de beaucoup moindre que celle d'un gros fil métallique de la même longueur. La conductibilité relativement grande du corps humain pour ces courants oscillants explique l'innocuité de ces courants qui peuvent allumer des lampes à incandescence après avoir traversé le corps humain : la résistivité du corps humain étant trop petite, l'énergie électrique passe à travers l'organisme sans y produire un effet sérieux. (*Revue neurologique*, août 1898.)

E. B.

XXXI. L'élément conducteur du système nerveux et ses relations topographiques avec les cellules; par le professeur H. Apathy.

L'idée fondamentale de ces théories nouvelles est la suivante :

Apathy n'a jamais vu une interruption soit centrale, soit périphérique, dans la continuité de la fibre primitive conductrice. Le système nerveux est anatomiquement ininterrompu, au même titre que le système circulatoire.

Les cellules ganglionnaires et nerveuses sont essentiellement différentes. Les cellules nerveuses sont analogues à la cellule musculaire et produisent une substance conductrice, la fibre nerveuse, absolument comme la cellule musculaire produit un élément contractile, la fibre musculaire.

Quant aux cellules ganglionnaires, elles sont introduites dans le tractus conducteur comme le sont, dans une batterie électrique, les éléments qui engendrent le courant.

Les cellules ganglionnaires produisent l'impulsion qui doit être conduite et les cellules nerveuses produisent la substance conductrice.

Une cellule nerveuse est généralement en connexion avec plusieurs cellules par une ou plusieurs fibres primitives; une cellule ganglionnaire peut, de même, être en relation avec plusieurs cellules nerveuses; mais une cellule sensorielle n'est en relation qu'avec une seule cellule ganglionnaire.

On ne voit aucun réseau dans le protoplasma périnucléaire des cellules nerveuses. Dans le corps de la cellule ganglionnaire la fibre primitive conductrice forme un réseau mais n'a aucune connexion avec le noyau. (*American jour. of insanity*, juillet 1898.)

E. B.

XXXII. Modifications des cellules nerveuses dans les maladies somatiques; par le Dr Hoch.

En étudiant les altérations des cellules nerveuses dans le laboratoire du Dr Nissl, à Heidelberg, l'auteur a été frappé de la fréquence des modifications des cellules nerveuses de l'écorce dans les maladies les plus variées : les modifications possibles de ces cellules dans les diverses maladies somatiques sont importantes à connaître, en raison de l'interprétation à donner sur de pareilles lésions rencontrées sur des cerveaux d'aliénés.

Dans le présent travail, le Dr Hoch expose ses recherches sur un seul mode d'altération cellulaire, qu'il appelle le retrait cellulaire. Cette altération cellulaire a été rencontrée dans deux cas de dégénérescence du myocarde, dans un cas de kyste hydatique du foie avec perforation de la cavité abdominale, dans un cas de tuberculose avancée et dans un cas de méningite tuberculeuse.

Les cellules sont modifiées dans leur aspect : elles sont tordues et ridées; les contours des corps cellulaires entre les prolongements sont si rétractés qu'une partie du corps cellulaire paraît au premier abord faire partie du prolongement. Le corps cellulaire ridé, d'aspect sombre, a une structure analogue à un rayon de miel : cette apparence peut se montrer aussi dans le prolongement cylindraxile.

Le noyau est très coloré, diminué de grosseur, et souvent tordu : il apparaît homogène dans les préparations de Nissl et le plus souvent la membrane nucléaire est invisible. Le nucléole est quelquefois élargi, souvent de forme ovale et déporté vers le bord du noyau.

A côté de cette altération cellulaire spéciale, se rencontrait, dans quatre des cas examinés, une autre altération caractérisée par une imprégnation spéciale de la matière colorante qui se répartit souvent sous forme de poussière à la périphérie de la cellule, alors que le centre de la cellule est très faiblement coloré en bleu, et le noyau se détachant peu distinctement sur ce fond bleu à cause de l'absence de la membrane nucléaire.

Ces deux types d'altérations cellulaires s'étant rencontrés côte à côte et présentant chacun des altérations nucléaires comparables par la disparition de la membrane nucléaire, il était permis de supposer que des rapports communs les attachaient l'un à l'autre : les expériences imaginées par l'auteur sont venues confirmer cette manière de voir.

Des fragments d'écorce cérébrale de lapin plongés, aussitôt après la décapitation, dans de l'eau distillée ou dans de l'eau salée pendant douze ou vingt-quatre heures, puis durcis à l'alcool, ont montré, en effet, dans les cellules des altérations semblables à celles qui ont été décrites.

D'autre part, le processus opératoire de ces expériences reproduit des conditions similaires à l'œdème : on peut donc en déduire que les altérations décrites sont dues à de l'œdème des cellules. Le fait que les diverses affections dans lesquelles ont été trouvées ces altérations étaient des affections favorisant l'œdème, est en faveur de cette hypothèse.

Une autre influence peut être exercée sur les cellules par l'extraction rapide de l'eau, dans le durcissement à l'alcool.

Puisque ces modifications expérimentales ont été produites non sur des cervaux vivants, mais sur des tissus déjà morts, il faut en déduire que ces altérations ne sont pas dues à des modifications vitales, mais à des actions mécaniques et qu'elles sont en quelque sorte artificielles.

La conclusion à tirer de ce travail est que de telles altérations rencontrées dans les cellules de l'écorce cérébrale d'un aliéné devront être considérées comme n'ayant aucun rapport avec le

processus pathologique de la psychose. (*American journal of insanity*, octobre 1898.) E. B

XXXIII. Validité de la doctrine du neurone ; par le Dr F. Barker.

Il y a sept ans que la publication du travail célèbre de Waldeyer fit connaître la doctrine du neurone. Cette conception de l'individualité de l'unité cellulaire est-elle encore entière? a-t-elle subi de sérieuses modifications, ou encore a-t-elle été reconnue fausse? Bien que la doctrine du neurone ne puisse expliquer tous les faits connus, bien que quelques biologistes attirent l'attention sur son insuffisance, on doit cependant reconnaître que le contrôle institué par des centaines d'histologistes a confirmé la conception que le neurone est une unité au sens de Waldeyer.

Contre la validité de la conception du neurone, on a fait valoir les recherches de Held et celles d'Apathy.

Held admet que chez l'embryon et chez le jeune animal, les neurones sont entièrement indépendants les uns des autres : lorsque l'extrémité terminale d'un cylindraxe arrive en contact avec le corps cellulaire d'un autre neurone, la ligne de démarcation est toujours visible car elle est plus réfringente que le protoplasma adjacent. Mais plus tard la continuité s'établirait entre les deux neurones. Toutefois, même chez l'adulte, Held reconnaît qu'on peut distinguer, grâce à la ligne réfringente de séparation, ce qui appartient aux terminaisons cylindraxiles d'un neurone et ce qui appartient au protoplasma cellulaire ou dendritique de l'autre : il n'y aurait, en somme, dans ce travail qu'une confirmation de la doctrine du neurone.

Pour Apathy, le système nerveux est composé de deux variétés d'éléments cellulaires entièrement différents l'un de l'autre, les cellules nerveuses et les cellules ganglionnaires. Une fibre nerveuse sort du prolongement d'une cellule nerveuse et traverse un certain nombre de cellules ganglionnaires de structure compliquée, avant de se distribuer dans une fibre musculaire.

L'apparente nouveauté des résultats obtenus par Apathy tient d'une part à ce que les tissus d'invertébrés qui servent aux descriptions sont peu familiers aux neurologistes, et d'autre part à ce que les préparations faites d'après des procédés de coloration spéciaux, sont décrites sans aucun lien de comparaison avec les résultats obtenus par les autres auteurs par les procédés ordinaires de coloration.

En somme, la doctrine du neurone est trop solidement établie pour être ébranlée par ces travaux dont les résultats demandent encore à être revus comparativement avec ceux que fournissent les procédés courants. (*American journal of insanity*, juillet 1898.)

E. B.

XXXIV. Sur les lésions des cordons postérieurs dans la moelle des lépreux; par les Drs Jeanselme et P. Marie.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : 1° dans certains cas de lèpre, il existe des lésions des cordons postérieurs occupant avec une prédilection particulière les cordons de Goll, les faisceaux en virgule, les triangles cornu-marginaux; 2° ces lésions coïncidant avec un minimum d'altérations des racines postérieures et du réticulum des colonnes de Clarke sont très vraisemblablement d'origine endogène. (*Revue neurologique*, novembre 1898.) E. B.

XXXV. Des difformités congénitales du système nerveux central par Nicolas Solovtzoff. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1898.)

L'auteur a pu rassembler 12 cas d'hydrocéphalie interne et a pu étudier, spécialement au point de vue anatomo-pathologique, les différents stades de cette affection. Ce travail, appuyé sur des coupes macroscopiques et microscopiques et rehaussé de nombreuses photographies, conduit aux conclusions suivantes :

1° L'hydrocéphalie interne provoque différentes difformités du système nerveux central : absence de l'écorce, du pulvinar et des corps genouillés, des pyramides des systèmes frontal et temporal du pont de Varole, du ruban de Reil et des faisceaux internes accessoires; 2° à un degré plus accentué, elle supprime non seulement l'écorce cérébrale, mais la voûte cranienne. Il ne reste que la moelle épinière et parfois une partie du bulbe;

3° Si le processus se propage du côté du canal spinal, on observe en outre : ou bien une hydromyélie très prononcée ou bien une ouverture complète de la colonne vertébrale; 4° cette même cause, jointe à l'anencéphalie, engendre parfois la cyclopie; 5° dans toutes ces difformités, les cellules des cornes antérieures restent à un stade de développement embryonnaire. Fait à noter : tous les monstres observés par l'auteur (12) appartiennent au sexe féminin. R. C.

XXXVI. Sur une variété de paralysie associée du muscle grand-dentelé (*grand-dentelé et trapèze scapulaire*); par Souques et Duval. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1898.)

Dans le cadre très vaste des paralysies associées qui intéressent le grand-dentelé, il en est une, la paralysie du grand-dentelé associée à celle du trapèze scapulaire, qui présente un intérêt tout spécial, qui mérite d'être considérée comme une véritable entité pathologique. Elle n'est point fortuite en effet et les auteurs qui ont pu en observer un cas très intéressant montrent, au cours

d'une description clinique des plus complètes, toutes les raisons anatomiques qui permettent d'établir la pathogénie propre de cette affection. Les conclusions suivantes résument très clairement ce travail :

1° Il existe une variété particulière de paralysie associée du muscle grand-dentelé et du trapèze scapulaire (portion moyenne et inférieure du trapèze) qui, par sa fréquence, son mécanisme et ses caractères cliniques, mérite une place spéciale dans le cadre des paralysies du grand-dentelé; 2° le *trapèze scapulaire* forme un muscle distinct anatomiquement, physiologiquement et pathologiquement du *trapèze claviculaire*.

3° Le trapèze scapulaire est synergique du grand-dentelé. La synergie fonctionnelle de ces deux muscles explique probablement leur solidarité pathologique; 4° leur association paralytique semble en effet déterminée, dans certains cas, par leur contraction simultanée, capable de produire un tiraillement de leurs nerfs respectifs; 5° les caractères de cette paralysie associée varient suivant l'attitude du bras : *si le bras est au repos*, on constate des déformations scapulo-humérales peu accusées qui sont : abaissement du moignon de l'épaule, élévation en masse de l'omoplate, obliquité de son bord spinal, éloignement de ce bord spinal par rapport à la ligne médiane, écartement de ce même bord par rapport au thorax. *Si le bras s'élève volontairement*, les troubles sont très accusés : impossibilité d'élever les bras au delà de la ligne horizontale, élévation en masse de l'omoplate obliquité de son bord spinal, rapprochement de ce bord spinal par rapport à la ligne médiane, situation en aile du scapulum;

6° A côté de ces déformations scapulo-humérales, il existe des déformations de la paroi thoracique, qui surviennent dans l'élévation du bras et consistent essentiellement en une asymétrie du thorax (modifications), du creux de l'aisselle et voussure de la paroi thoracique proprement dite, du côté paralysé. R. C.

XXXVII. **Le nerf spinal et le nerf moteur de l'estomac**; par le Dr Battelli. (*Bull. méd. de la Suisse romande*, 1898, n° 7.)

On sait que Chauveau, ayant excité directement dans le crâne les fibres d'origine du spinal et du pneumogastrique, a constaté que seule l'irritation des fibres du pneumogastrique produit des contractions de l'estomac.

D'après M. Battelli, au contraire, chez le chat et le lapin, l'excitation dans le crâne des racines des neuvième, dixième et onzième paires, du côté où le spinal a été arraché, ne produit jamais de contractions stomacales, qui sont au contraire bien nettes quand on irrite les fibres d'origine du spinal. Toutes les racines parais-

sent agir, mais l'action sur la motilité de l'estomac devient plus énergique à mesure que l'on s'adresse aux racines les plus inférieures.

Chez le chien, comme chez le chat et le lapin, les fibres appartenant nettement au pneumogastrique n'ont aucune action sur les mouvements de l'estomac. Les racines bulbaires du spinal excitées provoquent des mouvements de l'estomac qui sont de plus en plus énergiques, à mesure que l'on s'adresse aux branches d'origine les plus inférieures. Chez tous les animaux, les racines médullaires du spinal n'ont aucune action sur la motilité stomacale.

G. DENY.

XXXVIII. L'alcool et la nutrition; par le Dr O. MULLER. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1898, n° 3.)

Il résulte de ce travail que l'alcool n'est ni un aliment d'épargne, ni un tonique, ni un apéritif, ni un anesthésique. L'alcool est surtout un poison respiratoire et exerce en outre une action destructive sur les cellules vivantes organiques. Enfin, il n'y a pas d'accoutumance à l'alcool et sa suppression immédiate et définitive, quand on en a fait un usage même abusif, ne présente aucun danger pour la santé. G. DENY.

XXXIX. **Note sur deux cas de névrite périphérique avec résultats expérimentaux comparatifs de dégénérescence et d'altérations cellulaires**; par R. FLEMMING. (*Brain*, LXXVII et LXXVIII.)

Il s'agit de deux femmes mortes dans le marasme après un temps assez court de faiblesse générale et de troubles parétiques avec perte du réflexe patellaire, altérations des sensibilités, paralysie du diaphragme pour l'une et dysphagie pour l'autre. A l'autopsie, dégénérescence des cellules nerveuses médullaires dans les groupes correspondant aux nerfs les plus intéressés avec petits thrombus et légères hémorragies interstitielles. Dans les nerfs atrophie marquée des fibres fines se rendant aux vaisseaux, altérations légères au contraire des grosses fibres ayant plutôt souffert de la compression produite par une abondante diapédèse de leucocytes et par des suffusions sanguines périvasculaires fréquentes surtout dans le périnèvre et l'endonèvre. Altérations tout à fait analogues dans des cas de névrites diabétiques. Au contraire, dans les moignons d'amputés et les sections expérimentales, pas de lésions vasculaires, mais seulement des cellules et des fibres aussi bien des grosses fibres que des petites qui n'ont ici rien de particulier et n'entraînent pas l'altération des vaisseaux correspondants. Donc, dans les névrites infectieuses ou toxiques, il y a lieu d'admettre l'action de la toxine agissant directement et sur l'élé-

ment nerveux et sur l'élément vasculaire. Enfin les progrès de l'âge et les maladies qui accroissent le tissu conjonctif soutenant les fibres fines précipitent de ce chef la dégénérescence artérielle.

F. Boissier.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XLIV. Goitre exophtalmique avec symptôme oculaire unilatéral; par J. Huishelwood. (*British. médical journal*, 25 juin 1898.)

C'est une observation analogue à celles rappelées au récent congrès d'Angers par M. Brissaud.

Dans le cas d'Huishelwood la rétraction de la paupière supérieure (symptôme de Stellwag) disparut tandis que le signe de Græfe persista, c'est-à-dire la dissociation des mouvements d'abaissement de la paupière et de l'œil. L'auteur se rallie à l'hypothèse du spasme du muscle de Muller (non strié et innervé par le sympathique) ainsi qu'à celle d'une lésion concomitante au moins fonctionnelle du noyau central ventriculaire de la troisième paire.

A. Marie.

XLV. Un cas d'acromégalie avec hémianopsie bitemporale et inférieure; par Monteverdi et Torrachi. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. 2, 1897.)

XLVI. Un cas d'anarthrie capsulaire avec autopsie; par J. Abadie.

Il s'agit d'un malade ayant présenté tous les signes de la prétendue aphasie motrice sous-corticale : la prononciation des mots était, chez lui, réduite à un bredouillement incompréhensible, à un grognement. Il savait fort bien ce qu'il voulait dire ; il avait conservé la représentation mentale des mots, il pouvait indiquer par gestes le nombre de syllabes ou de lettres qu'il était incapable d'articuler distinctement. Il pouvait même écrire ces mots.

A l'autopsie, on trouve, pour expliquer la perte de l'articulation des mots, deux foyers situés symétriquement dans chaque hémisphère au niveau de la région capsulo-striée, détruisant complètement chacun la moitié antérieure de la capsule interne correspondante.

Malgré cette destruction très étendue des faisceaux capsulaires, le malade n'avait pas d'aphasie ; il ne présentait que cette variété

d'anarthrie indûment appelée par certains auteurs aphasie motrice sous-corticale, expression doublement erronée, d'abord parce qu'elle rattache à l'aphasie un syndrôme clinique qui ne doit pas être confondu avec elle, ensuite parce que la lésion qui le provoque est non pas sous-corticale, mais bien capsulaire.

L'auteur pose les conclusions suivantes, pour servir à la détermination des localisations fonctionnelles de la capsule interne : les lésions destructives de la capsule interne ne donnent pas lieu à de l'aphasie vraie. Elles provoquent de la dysarthrie passagère si elles sont unilatérales, de l'arthrite persistante si elles sont bi-latérales. (*Revue neurologique*, juillet 1898.) E. B.

XLVII. **Notes sur les chocs céphalalgiques chez les épileptiques**; par le Dr Féré.

On peut observer dans l'épilepsie des algies cutanées par accès plus ou moins durables. Les phénomènes paroxystiques douloureux sur lesquels l'auteur appelle l'attention et dont il cite deux observations intéressantes, se présentent sous la forme d'un choc brusque dans la region céphalique, donnant au malade la sensation d'une attrition, sensation qui persiste pendant quelques minutes, puis disparaît tout aussi brusquement.

Il n'existe pas de sensibilité locale, ni pendant le paroxysme, ni après.

La parenté de ces chocs avec les manifestations épileptiques pourrait être établie seulement par leurs rapports de succession et de coïncidence chez les mêmes malades, et par l'influence qu'exerce sur eux la médication anti-épileptique. (*Revue neurologique*, sept. 1898.) E. B.

XLVIII. **Syndrome d'Erb. Une observation nouvelle**; par L. Roques.

L'histoire de la malade rapportée par l'auteur se rapproche des faits décrits sous des dénominations diverses, mais compris sous la dénomination générale de « syndrome d'Erb ». Ce qui frappe surtout chez elle, et ce qui a permis d'établir le diagnostic, c'est la myasthénie dont elle est un type remarquable, myasthénie à laquelle s'associent la blépharoptose, la fatigue de la nuque, les troubles de la parole et de la déglutition.

A noter l'absence d'atrophie et de contractions fibrillaires. Depuis le début de la maladie, qui remonte à près d'un an, il n'y a pas eu d'aggravation considérable : la santé générale n'est pas atteinte, il n'y a pas eu de crises de dyspnée, et la malade s'engoue rarement. (*Revue neurologique*, sept. 1898.) E. B.

XLIX. **Un cas de tétanos suivi d'autopsie**; par le Dr Donetti.

Ayant pratiqué l'autopsie d'un cas de tétanos 13 heures après la mort, l'auteur a trouvé à l'examen histologique la coexistence d'une myélite centrale aiguë et de l'atrophie des cornes antérieures avec destruction de grosses cellules pyramidales.

Les lésions principales ont leur siège dans la substance grise péri-épendymaire : ces lésions se localisent surtout à la région dorsale et leur nature est inflammatoire. C'est secondairement qu'on trouve des lésions des cornes grises antérieures et des grosses cellules.

D'après les remarques de différents auteurs, le tétanos est une infection qui peut toucher le système nerveux de façons différentes et dans les points les plus divers. C'est ainsi que dans l'observation citée, les produits toxiques respectant les nerfs et leurs dépendances ont porté leur action sur les centres, ce qui est du reste presque la règle dans le tétanos. (*Revue neurologique*, sept. 1898.) E. B.

L. **L'hystérie dans ses rapports avec les émotions sexuelles**; par le Dr Havelock Ellis.

C'est une question depuis longtemps controversée que celle des rapports de l'hystérie avec les émotions sexuelles conscientes ou inconscientes. Déjà les Grecs plaçaient l'hystérie dans l'utérus, d'où son nom.

En 1618, un médecin français, Carolus Piso, rompant avec toutes les erreurs entassées jusque-là sur cette affection, émit cette idée révolutionnaire pour l'époque, que l'hystérie peut se présenter à tout âge et dans les deux sexes, et que son siège n'est pas dans l'utérus, mais bien dans le cerveau. Cette idée violemment combattue à l'origine, fut confirmée par Willis, et en 1681, Sydenham donna une bonne description de l'affection.

Il n'était pas possible de maintenir plus longtemps la théorie utérine de l'hystérie dans la forme primitive d'Hippocrate; mais nombre d'auteurs continuèrent à trouver des rapports nombreux entre l'hystérie et les émotions sexuelles.

Briquet et surtout Charcot s'élevèrent contre cette théorie et montrèrent qu'il n'existe aucune connexion entre l'hystérie et les faits de la vie sexuelle, tant physique que psychique.

La conception des causes de l'hystérie, si fortement établie par Charcot et son école commence cependant à paraître incomplète. Et pourtant il faut reconnaître que cet état incomplet de la conception était nécessaire : il fallait, en effet, réagir vigoureusement contre une idée généralement admise de l'hystérie, idée non seulement fausse mais encore injustement dégradante pour les

victimes de cette affection. Il était nécessaire de montrer que l'hystérie est un désordre physique défini et que le mensonge, que la dissimulation, si généralement attribués à l'hystérique n'étaient que le résultat d'une interprétation non scientifique, ignorante, de la maladie : c'est ce que l'école de Charcot a établi d'une façon définitive. Il est dorénavant inutile de démontrer que l'hystérie n'est pas plus déshonorante que toute autre maladie; et si, comme l'ont montré les recherches récentes de Brener et de Freud, l'analyse psychologique délicate des cas qu'elle présente amène à cette conclusion que le trouble des émotions sexulles joue un rôle important dans l'étiologie de l'hystérie, il n'y a plus à craindre maintenant de jeter par cette constatation le mépris sur l'hystérique. Il est probable que les progrès qui se feront dans l'étude de l'hystérie, seront dus aux analyses psychiques minutieuses en même temps qu'à la corrélation intime de ces analyses avec les signes physiques de la maladie, établis par Charcot d'une façon magistrale. (*The alienist and neurologist*, oct. 1898.) E. B.

LI. **Pathologie de l'épilepsie**; par le Dr Krainsky.

La cause des crises d'épilepsie ne doit être cherchée ni dans l'acide urique ni dans son accumulation dans le sang. L'élimination de l'acide urique doit sans doute être regardée comme un produit et une indication de réactions spéciales de l'organisme de l'épileptique, réactions qui nous sont encore inconnues mais qui, après avoir atteint une certaine intensité, se manifestent par des crises.

Les recherches de l'auteur montrent que l'effet toxique qui cause les manifestations épileptiques ne doit pas être attribué à l'acide urique comme tel, mais à une des substances qui le forment, probablement au carbamate d'ammonium qui reste dans le sang et s'y accumule jusqu'à ce qu'il produise une crise.

Pendant ce temps il est transformé en urée avec perte d'une molécule d'eau, laquelle urée est excrétée sous forme d'acide urique. L'expérimentation a montré que l'organisme peut vite et entièrement se libérer de petites doses de carbamate d'ammonium, soit par l'excrétion ordinaire, soit par sa transformation en urée. Mais si la quantité de sel est trop grande, l'organisme ne peut détruire ou éloigner le poison et le premier stade de l'intoxication, la dépression, survient et dure jusqu'à ce que le poison ait été éliminé de l'organisme. Comme le premier degré de l'empoisonnement par le carbamate d'ammonium est identique au premier degré de l'intoxication par le carbonate d'ammonium, il est à présumer que le carbamate d'ammonium dans son absorption, est transformé en carbonate d'ammonium et que c'est sous cette forme qu'il est rejeté de l'organisme. Si la quantité de car-

bamate d'ammonium est trop grande pour que ce corps puisse être transformé en carbonate d'ammonium, l'intoxication se produit rapidement et la crise épileptique apparaît.

Reste à savoir quelle est, dans le carbamate d'ammonium, la substance active ? D'après M. Krainsky, ce n'est pas l'acide carbamique mais l'ammoniaque qui produit l'intoxication. Quelle que soit la forme sous laquelle il est introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans le sang, l'ammoniaque est transformé dans l'organisme en carbonate ou carbamate d'ammonium par l'action du carbonate de soude contenu dans le sang; mais, selon toutes probabilités, c'est sous la forme de carbamate d'ammonium qu'il manifeste ses effets.

En dernière analyse, la nature de l'épilepsie consiste dans une formation périodique de carbamate d'ammonium dans l'organisme, lequel produit les crises : au cours de ces dernières, il est décomposé en urée et eau. Cette théorie permet d'expliquer l'effet thérapeutique favorable des bromures dans l'épilepsie : en effet, le bromure de potassium et le bromure de sodium décomposent mutuellement le carbamate d'ammonium en formant du bromure d'ammonium et du carbamate de potasse ou de soude, lesquels corps, à même dose que le carbamate d'ammonium, sont complètement inoffensifs.

Mais la neutralisation constante du poison formé ne peut prévenir sa nouvelle formation; c'est dire que le problème de la thérapeutique de l'épilepsie ne sera résolu qu'autant que seront découverts la cause et le lieu d'origine de ces réactions anormales de l'organisme épileptique. (*The alienist and neurologist*, oct. 1898.)

E. B.

LII. Sur la dysostose cléido-crânienne héréditaire; par les Drs P. MARIE et SAINTON.

La malformation décrite pour la première fois par les auteurs, sous le nom de dysostose cléido-crânienne héréditaire, et dont il n'existe encore que quatre observations, présente comme caractères essentiels :

1° Un développement exagéré du diamètre transverse du crâne coïncidant avec un retard dans l'ossification des fontanelles; 2° une aplasie plus ou moins prononcée des clavicules, lesquelles sont en partie remplacées par du tissu fibreux; 3° la transmission héréditaire de ces malformations. En effet, les quatre sujets se répartissent ainsi : un père et son fils, une mère et sa fille; les premiers n'ayant, d'ailleurs, avec les secondes aucun lien de parenté. (*Revue neurologique*, décembre 1898.) E. B.

LIII. **Paralysie pseudo-bulbaire**; par le Dr Lad. HASKÓVEC.

Les points importants de l'observation rapportée par l'auteur sont les suivants :

1° Hémiplégie du côté gauche avec paralysie des branches inférieures du nerf facial du même côté en 1896.

2° Après une année, hémiplégie droite, suivie d'une hémihyperesthésie et d'une paralysie de toutes les branches du nerf facial du même côté. Symptômes bulbaires sans lésions respiratoires et circulatoires sérieuses. Symptômes psychiques.

3° Disproportion entre la dysarthrie persistante et entre le degré de la parésie du voile du palais et l'affaiblissement de la langue. Léger rétrécissement concentrique du champ visuel.

4° Amélioration complète des symptômes moteurs, sauf un léger affaiblissement des muscles masticateurs, de la langue et une légère parésie du voile du palais. Exagération des réflexes tendineux, hémihyperesthésie droite. Aucune lésion des sphincters. Pas de lésions des muscles de l'œil. Accès de rire forcé.

5° Artériosclérose généralisée. Il s'agit ici d'un cas de paralysie pseudo-bulbaire partielle d'origine cérébrale.

Le syndrome pseudo-bulbaire est dû le plus souvent aux lésions du noyau lenticulaire et de la capsule interne : parmi les symptômes cliniques, la disproportion entre la fonction musculaire et le degré de la parésie musculaire est très intéressante et elle semble être très importante dans le diagnostic de la paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale. (*Revue neurologique*, décembre 1898)

E. B.

LIV. **De la myosite ossifiante progressive**; par A. WEIL et J. NISSIM. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, nos 2, 3, 4, 5 et 6, 1898.)

Travail d'analyse minutieux, comprenant les 51 observations complètes qui constituent la littérature de cette affection depuis celle de Jonh Frecke (1740) jusqu'à celle de Burgerhout (1898) en passant par celle de Munchmeyer (1869) qui consacre l'appellatien de « myosite ossifiante progressive » et laisse son nom à la maladie.

Les auteurs passent en revue toutes les modalités de cette curieuse « maladie de Munchmeyer », ses variétés cliniques et les opinions diverses auxquelles elle a donné naissance, relativement à son étiologie et à son anatomie pathologique. De cette revue très intéressante, renforcée d'une observation personnelle, se dégagent une série de conclusions, qui constituent la synthèse de cette monographie :

1° La myosite ossifiante progressive est une affection de tout l'appareil locomoteur ; elle se caractérise par le dépôt de masses

osseuses dans le tissu conjonctif des muscles, dans les tendons, les aponévroses, les ligaments et les os; 2° anatomiquement, la maladie de Munchmeyer offre trois stades : stade d'infiltration embryonnaire, stade d'induration fibreuse et stade d'ossification; cliniquement, ces trois périodes sont moins distinctes, elles se confondent successivement l'une dans l'autre;

3° La myosite ossifiante peut se montrer à un âge avancé, mais elle est surtout fréquente dans l'enfance; 4° elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, dans la proportion de trois pour une; 5° les races germanique et saxonne sont plus prédisposées que les autres; 6° la myosite ossifiante progressive semble provenir d'une lésion des centres nerveux; le processus ossifiant constitue un trouble trophique particulier;

7° Le début de la maladie se présente sous deux formes distinctes; il est aigu avec léger mouvement fébrile ou chronique d'emblée; 8° la maladie débute en général par la nuque ou la partie supérieure du dos; 9° elle détermine secondairement l'atrophie des muscles; elle ankylose les articulations dont la position est régie par l'action des muscles les premiers atteints; 10° il est des muscles qui sont très fréquemment envahis par les ossifications (dos, nuque, poitrine, etc.), d'autres le sont rarement (paroi abdominale), quelques-uns le sont exceptionnellement (muscles de la mimique, du pharynx, etc.), enfin il en est qui ne le sont jamais (cœur, diaphragme, sphincters); 11° l'affection offre un épaississement de tout le système conjonctif de l'appareil locomoteur; 12° elle progresse par poussées aiguës entrecoupées de pousses apparentes plus ou moins longues. Les traumatismes jouent un certain rôle dans l'éclosion des poussées;

13° La myosite ossifiante progressive s'accompagne très souvent d'une anomalie congénitale (microdactylie, absence de phalanges, ankylose des doigts; 14° le traitement médical est nul; le traitement chirurgical au début reste sans résultats éloignés, la récidive de la tumeur est la règle. R. Charon.

LV. **Hémihypertrophie faciale**; par Sabrazès et Cabannes. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1898.)

L'hémihypertrophie faciale est le plus souvent congénitale; acquise elle est des plus rares. Une revue des cas observés et des opinions émises sur la pathogénie de cette affection montre qu'elle ne s'accompagne pas de troubles intellectuels, qu'elle n'est pas héréditaire, qu'elle n'entoure pas des anomalies de volume du cerveau ou des nerfs craniens, que les viscères et les os du côté facial hypertrophié sont également augmentés de volume. On a cherché la clef de ces hypothèses, dans les troubles de la circulation veineuse et lymphatique, ou bien dans une déviation du

processus d'ossification. Pour les auteurs, l'hypertrophie congénitale est simplement une *anomalie par excès*, qui peut être le résultat de conditions fœtales ou anatomiques spéciales, difficiles à déterminer.

La pathogénie de l'hypertrophie hémifaciale acquise est toute différente. L'étude des 5 cas seulement qu'elle comporte dans la littérature médicale, montre qu'elle survient après un traumatisme, une névralgie du trijumeau, un abcès, etc., survenu dans le jeune âge (de deux à douze ans). La langue est toujours intacte.

R. C.

LVI. **Énorme nœvus angiomateux de la face avec hémiplégie spasmodique et épilepsie**; par LANNOIS et BERNOUD. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1898.)

Fille de vingt ans, débile, ayant des accès convulsifs depuis l'âge de neuf ans, et présentant depuis les premiers jours de sa naissance de l'hémiplégie gauche et une hypertrophie considérable de tout le côté gauche de la face, hérédité alcoolique et congestive. Les caractères de cette tumeur, énorme et molle, sont ceux d'un nœvus angiomateux qui donne à la malade un aspect monstrueux et bestial fixé dans une photographie. L'auteur rapproche son cas de ceux qui ont été déjà publiés sur cette question, et il remarque un ensemble de faits suffisamment concordants pour permettre d'établir un rapport entre les nœvi étendus, surtout ceux de la face, et les lésions cérébrales se traduisant par l'idiotie, les affections spasmo-paralytiques et l'épilepsie. R. C.

LVII. **Sur un cas de chorée variable avec contractions fasciculaires des deltoïdes et craquements articulaires**; par Ch. FÉRÉ. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1898.)

Observation intéressante *au point de vue étiologique*, par le rôle provocateur joué par l'irritation d'une lésion nasale (polype) et par l'alcoolisme aigu, qui est immédiatement suivi de la généralisation des spasmes choréiques; *au point de vue symptomatique*, par la succession des manifestations spasmodiques, depuis le monospasme (chorée d'habitude), se transformant en chorée vulgaire avec poussée de délire mélancolique et suicide, puis arythmie, spasme du globe oculaire et de l'iris, déplacement des maxima qui poussent successivement de droite à gauche (chorée variable de Brissaud) et enfin (phénomène le plus original) localisation stricte des spasmes aux deux deltoïdes et discordance des contractions de ces muscles, produisant les craquements articulaires. R. C.

LVIII. **Sur un cas de tachypnée hystérique secondaire**; par le Dr Soca. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1898.)

Cette observation, détaillée et intéressante, n'est, en somme, qu'un cas de tachypnée hystérique, vue par Lasègue et décrite par Charcot et Weir-Mitchell; mais cette tachypnée s'est manifestée au cours d'une lésion pulmonaire véritable (pleurésie diaphragmatique), simple cause occasionnelle. L'auteur pense que cette observation autorise à inscrire la *tachypnée hystérique secondaire* à côté de la tachypnée primitive de Charcot. R. C.

LIX. **De l'analgésie épigastrique profonde chez les tabétiques**; par M. Pitres. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 21.)

On sait que chez le sujet sain, la compression brusque du creux épigastrique détermine une sensation douloureuse très spéciale accompagnée d'angoisse et de défaillance lipothymique. On sait également que dans un bon nombre de cas d'hystérie il existe au contraire une analgésie profonde de la région épigastrique. Cette analgésie s'observe également dans un certain nombre de cas de maladies organiques du système nerveux, notamment dans la paralysie générale, dans la sclérose en plaques et plus fréquemment encore dans le tabes. Il résulte en effet des recherches de M. Pitres que dans près de la moitié des cas de tabes l'épigastre est moins sensible à la pression et aux coups qu'à l'état normal et que, dans un cinquième environ des cas, il est complètement analgésique. M. Pitres a en outre remarqué que l'affaiblissement ou l'abolition de la sensibilité profonde de l'épigastre chez les tabétiques n'était pas nécessairement accompagnée d'analgésie ou d'anesthésie superficielle des téguments et, en second lieu, qu'il n'y avait aucun rapport entre l'apparition de l'analgésie épigastrique profonde et l'exagération, la conservation ou la perte du reflexe abdominal. Il n'y a pas non plus de rapport nécessaire entre l'existence antérieure de crises gastralgiques et la production de l'analgésie épigastrique profonde. Le seul trouble fonctionnel lié le plus habituellement à ce phénomène est la perte de la sensation de la faim.

Il est probable, sans qu'on puisse l'affirmer, que l'analgésie épigastrique profonde des tabétiques est due, comme les anesthésies de la vessie, du rectum, etc., à des névrites viscérales.

G. D.

LX. **Tabes et traumatisme**; par le Dr Donadieu-Lavit (de Lamalou), ancien interne des hôpitaux.

Un ataxique, incoordonné depuis deux ans, tombe et se casse

la jambe droite. Après une immobilisation de trois mois, la consolidation paraît parfaite et notre malade en état de marcher. Vainement, on essaie de le soutenir et de lui faire faire quelques pas : il s'affaisse comme une masse *sur des jambes de coton.*

M. V... marchait avant la chute; il ne marche plus après le traumatisme. C'est donc le traumatisme et l'immobilisation consécutive qui ont entraîné la paraplégie absolue. L'étude du membre fracturé explique cette impotence.

Les troubles de la motilité (incoordination) et de la sensibilité (anesthésie plantaire absolue) sont plus marqués à la jambe fracturée. De plus, le cal volumineux, l'œdème dur éléphantiasique, l'arthropathie tibio-tarsienne, l'ostéopathie tabétique du pied droit siègent au membre où le traumatisme et l'immobilisation ont particulièrement porté leur action. De plus, un état psychique spécial vient se greffer sur ces diverses lésions (basophobie) et enrayer cérébralement la marche. C'est donc le traumatisme et l'immobilisation qui ont été la cause occasionnelle des troubles moteurs, sensitifs et trophiques, ostéo-articulaires qui sont venus se surajouter aux troubles tabétiques généraux et déterminer l'impotence. Les bas élastiques, le massage, l'élongation de la moelle, la cure thermale, la gymnastique de Frenckel, ont donné des résultats tels que notre ataxique marchait, huit mois après la chute, aussi bien qu'avant la chute. Tous les symptômes du tabès avaient reculé sans disparaître.

Conclusions. — Le traumatisme peut faire émerger le tabès (voir Bibl.); presque toujours, il exagère avec l'immobilisation les troubles ataxiques. L'immobilisation doit être réduite au minimum, en cas de nécessité. La mobilisation, si utile chez l'ataxique non traumatisé, l'est bien plus encore chez l'ataxique immobilisé par traumatisme. La gymnastique de Frenckel, les marches et exercices réglés et bien dirigés, le massage, la bicyclette jumelle avec un domestique bien stylé, le tricycle sont absolument indiqués. La bicyclette simple entraîne trop souvent des chutes et doit être souvent interdite. (*Archives provinciales de médecine*, mars 1899.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance de janvier 1899. — PRÉSIDENCE DE M. J. VOISIN.

Types de criminels russes. — M. ORCHANSKI, faisant passer sous les yeux de la société une collection de photographies de criminels russes, constate que, contrairement à l'opinion de Lombroso, on ne peut assigner aucune physionomie spéciale, aucun type au criminel. Son facies n'a rien de typique ni de caractéristique. Les photographies présentées ressemblent à des photographies quelconques. A côté de visages aux traits grossiers, on trouve des physionomies fines et délicates ; des figures débonnaires se mêlent à des types rébarbatifs ; des visages aux lignes peu accusées se confondent avec d'autres dont les contours sont anguleux ; les physionomies intelligentes sont aussi nombreuses que les faces bestiales. L'impression générale qu'on éprouve, c'est la banalité du type et l'absence d'individualité caractéristique.

M. Orchanski en arrive à ces deux conclusions, que les criminels russes, appartenant à la population rustique, ne présentent aucun type spécial, soit dans leur physionomie, soit dans la configuration de leur crâne, mais qu'on retrouve en eux le type très accusé des différentes nationalités (russes, tartares, juifs, etc.) auxquelles ils appartiennent.

M. MAGNAN estime qu'on s'exposerait à de nombreuses erreurs, si l'on prétendait, comme Lombroso, préjuger par l'aspect de la physionomie des tendancee psychiques des individus.

M. CHARPENTIER. — Les signes physiques de la dégénérescence mentale ne sont pas plus fixes que ceux de la criminalité.

M. MAGNAN croit que les signes physiques de dégénérescence ont une importance en pathologie mentale ; mais cette importance est beaucoup moindre que les particularités de l'état mental du sujet, observé avant l'apparition des troubles plus apparents de l'intelligence ou pendant ses intervalles lucides.

M. ORCHANSKI fait observer qu'il existe dans sa collection une famille de tziganes criminels dont les traits sont cependant des plus réguliers.

Commissions des prix.

Prix Belhomme (deux mémoires). Commissaires : MM. BOUCHEREAU, BOURNEVILLE, BRIAND, SÉGLAS, SOLLIER.

Prix Moreau (de Tours) (huit mémoires). Commissaires : MM. ARNAUD, BALLET, BOISSIER, MOREAU (de Tours), VALLON.

Marcel BRIAND.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Séance du 20 novembre 1898.

MM. SOUKHANOFF et N. ORLOFF présentent un malade atteint de *psychose polyneuritique*. L'observation détaillée sera communiquée à une des séances prochaines.

P. PRÉOBRAJENSKY. — *Deux cas d'arthropathies syringomyéliques :*

OBSERVATION I. — Paysanne, âgée de cinquante-cinq ans, dont le père, nerveux, était affecté d'une scoliose. Parésie du bras droit datant de l'enfance. Il y a trente ans, elle eut les premiers panaris aux doigts de la main gauche, en nombre de onze-treize, notamment au pouce, à l'index et au médius. Vers la même époque apparut une ulcération à la plante du pied gauche. Depuis un mois, douleur et tuméfaction de l'articulation du genou gauche.

A l'*examen* on trouve : Légère hypoesthésie au genou gauche. Inégalité pupillaire avec paresse du réflexe à la lumière. Cyphoscoliose, à concavité dirigée à gauche. L'articulation de l'épaule gauche est augmentée de volume et déformée. Atrophie des muscles des deux membres supérieurs, avec diminution notable des réflexes tendineux. Le genou gauche est tuméfié et déformé ; il présente une exulcération à la surface externe, d'où s'écoule un liquide séro-purulent ; luxation de la jambe en arrière aux mouvements de flexion du genou ; pas d'esquilles à l'intérieur de l'articulation, mais une simple crépitation pendant les mouvements. Le réflexe rotulien droit est exagéré. Mal perforant à la base de la troisième phalange du gros orteil gauche. La malade meurt de pyémie.

A l'*autopsie* on trouve à l'intérieur de la moelle une cavité centrale qui s'étend du bulbe jusqu'au cône terminal et qui, dans

certains endroits, a réduit la substance médullaire jusqu'aux dimensions d'une mince pellicule. La tête de l'humérus présente de nombreuses croissances de couleur jaune, légèrement transparentes. Les deux condyles du fémur sont fortement usés, la surface articulaire du genou (gauche) l'est encore davantage. La surface articulaire du péroné est dépourvue de cartilage et légèrement usée.

Observation II. — Paysan, âgé de quarante-sept ans, sans antécédents connus, a été reçu à l'hôpital dans un état demi-comateux. La température est de 38° 5-38° 7. Strabisme externe de l'œil gauche, parésie faciale inférieure du même côté. Atrophie des muscles du thénar et de l'hypothénar et de l'avant-bras du côté gauche. L'articulation de l'épaule gauche est tuméfiée et limitée dans ses mouvements. Mort.

A l'*autopsie* on trouve : Leptoméningite tuberculeuse. Gliomatose de la moelle épinière ; cavité centrale au-dessous du renflement cervical. La tête de l'humérus présente des excroissances osseuses, encore plus prononcées que dans le premier cas.

La communication de M. Préobrajensky a été accompagnée de présentation de pièces macro et microscopiques.

Discussion. — M. Kojewnikow fait remarquer que le processus suppuratif constaté chez la première malade dans le cours de l'arthrite du genou n'est pas caractéristique pour les arthropathies d'origine syringomyélique.

S. Tchernischeff. — *Recherches anatomo-pathologiques dans un cas de rage chez l'homme.*

Voici le résumé des constatations de l'auteur :

Dans les régions dorsale et lombaire de la *moelle épinière :* hyperémie intense des vaisseaux de la substance blanche et surtout de la substance grise, en même temps qu'infiltration des espaces périvasculaires par des éléments lymphoïdes. Sur des coupes faites d'après le procédé de Bousch on trouve beaucoup de petites agglomérations noires à la périphérie de la substance blanche, de même qu'une dégénération pigmentaire des cellules des cornes antérieures et des colonnes de Clarke.

Les préparations colorées par des couleurs d'aniline basiques font voir de nombreuses cellules des cornes antérieures et des colonnes de Clarke déformées et altérées, présentant une chromatolyse insulaire ou diffuse, périphérique et périnucléaire ; leur noyau est déplacé vers la périphérie et dépourvu de sa membrane, il se colore parfois d'une façon plus intense que le corps de la cellule lui-même ; quelques cellules ont leurs prolongements cassés. Toutes ces altérations sont encore plus prononcées dans le renflement cervical et dans le *bulbe*. Au fond du quatrième ventricule on trouve même des hémorrhagies.

Les lésions sont moins prononcées dans la protubérance, l'écorce

et les gros ganglions des hémisphéres. Le cervelet est l'endroit le moins affecté.

S. Popoff. — *Un cas d'ankylose de la colonne vertébrale.*

Jeune homme, âgé de vingt-trois ans, cultivateur, à la suite d'un refroidissement, accuse des douleurs rhumatismales aux genoux et aux reins. La douleur des genoux disparaît bientôt, celle des reins remonte le long de la colonne vertébrale. Au bout de trois semaines le malade remarque que son tronc se courbe en avant; au bout de deux mois, bien que les douleurs aient complètement disparu, la colonne vertébrale est complètement immobile et courbée en avant. Au cours de la maladie, le pouce se prend également, il devient douloureux et gonflé, mais revient à l'état normal au bout de six semaines. A noter encore qu'il y a six ans le malade eut une arthrite des deux poignets qui s'était terminée par l'ankylose complète.

A l'examen du malade on constate que l'ankylose comprend toute la colonne vertébrale, à l'exception de la moitié supérieure de la région cervicale ; la courbure occupe toute la région dorsale. Le sternum est obliquement dirigé d'avant en arrière; dans la région épigastrique les parois abdominales forment trois plis transversaux. Le type de la respiration est abdominal. Les douleurs au dos sont insignifiantes. Pas de troubles sensitifs, pas d'amyotrophies, pas de troubles des réflexes. La démarche est normale. Ankylose des articulations des deux poignets. Au bout de quatre mois de traitement les phénomènes se sont amendés en ce sens que les plis abdominaux ont disparu et l'excavation de la colonne vertébrale a diminué.

En se basant sur l'étiologie, l'évolution rapide et le tableau clinique de l'affection, l'auteur la considère comme rhumatisme articulaire de la colonne vertébrale, développé sur un terrain arthritique. Il adopte l'opinion de Bäumler sur la pathogénie de l'ankylose et il croit en outre que c'est principalement l'élément douleur qui est la cause de la voussure forcée de la colonne vertébrale, d'où immobilisation et ankylose consécutives. L'auteur pense que tous les cas, décrits dans la littératnre, de déformation de la colonne vertébrale avec ankylose sont de la même origine pathologique. Quant au substratum anatomique, les documents nous manquent encore à cet égard.

Discussion.— M. Schatalow croit que le caractère de l'immobilité de la colonne vertébrale dépend de la localisation initiale du processus, compliqué en outre par la participation d'autres articulations qui maintiennent la position du tronc.

M. le professeur Kojewnikow croit que l'ankylose des vertèbres peut tenir à différentes causes anatomiques.

Secrétaires des séances : N. Versiloff et V. Mourawiew.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du 20 février 1899. — **Présidence de M. Jules Voisin.**

Hypnotisme et sommeil prolongé dans un cas de délire alcoolique. — **M. Paul Farez rapporte le cas d'un délire alcoolique polymorphe avec hallucinations de l'ouïe et de la vue, état de rêve diurne, hyperesthésie psychique et sensorielle, agitation extrême, insomnie, refus de prendre des médicaments, etc. On va imposer l'internement immédiat. Toutefois, avant d'y consentir, M. Farez veut recourir à la suggestion hypnotique. Après avoir endormi le malade, il le rend tout à fait calme et le fait dormir pendant trois jours consécutifs, n'autorisant le réveil que pour la satisfaction des besoins physiologiques et pour les repas. Au bout de ce temps la sédation est complète, la lucidité de l'intelligence est revenue et le malade peut reprendre ses occupations. Celui-ci, en outre, grâce à la suggestion, est prémuni contre le retour offensif de l'alcoolisme chronique. Depuis plus de trois mois, cet homme n'a pas bu un seul verre d'alcool : une surveillance incessante, quoique très discrète n'a pas pu le prendre en défaut une seule fois. Certes, on ne peut pas dire encore que la guérison soit définitive, mais tels qu'ils sont, les résultats obtenus méritent d'être rapportés. Ce fait confirme l'efficacité de la suggestion dans les cas d'alcoolisme aigu ou chronique ; il met en outre en lumière l'utilité du sommeil prolongé, comme agent héroïque de sédation.**

Catalepsie spontanée chez une hystérique. — **M. Bérillon. — Depuis deux ans, la malade est sujette à des crises d'hystéro-épilepsie qui surviennent sous l'influence d'une émotion vive ou d'un trouble digestif. Elle présente de l'hémianesthésie sensitive et sensorielle du côté gauche. Récemment elle nous donne le spectacle d'une crise convulsive complète avec secousses toniques et cloniques. Les mouvements terminés, la malade tombe dans un état de sommeil profond dans lequel elle se montre indifférente à toutes les excitations périphériques. Les membres sont extrêmement souples et gardent les attitudes paradoxales qu'on leur impose comme par exemple la forme de V et l'équilibre sur la position ischio-sacrée par extension des membres inférieurs et flexion du corps. Cette attitude est modifiée avec la plus grande facilité, car tout le système musculaire est dans l'état de flaccidité *cireuse* caractéristique de l'état cataleptique franc. Daus ce cas, la crise d'hystérie, en déterminant l'inhibition des régions psycho-motrices de l'écorce**

cérébrale, place le sujet dans un état analogue à l'état d'hypnotisme provoqué.

L'exercice illégal de la médecine en matière de magnéto-hypnotisme. — M. Vidal passe en revue les divers arrêts des cours et tribunaux qui ont eu à intervenir dans cette question; il interprtèe juridiquement l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892; puis, au nom des anciennes traditions judiciaires, de la législation actuelle et des données de la science médicale, il conclut que le magnétiseur doit être considéré comme exerçant illégalement la médecine.

VARIA.

Prix de l'Académie de médecine.

Prix Civrieux : 1.000 francs. — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.* Un prix de 800 francs est décerné à M. le Dr Pécharman, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise). Une mention honorable avec une récompense de 200 francs est accordée à MM. les Drs Marie (A.), directeur, et Vigouroux (Auguste), médecin de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), Une mention honorable est accordée à M. le Dr Athanassio (de Bucharest).

Prix Baillarger : L'Académie accorde : Un prix de 1.000 francs à M. le Dr Garnier (Paul), de Paris. Une récompense de 500 francs à MM. les Drs Cololian (P.), de Paris, et Lalanne (R.), de Maréville (Meurthe-et-Moselle); une récompense de 500 francs à MM. les Drs Vigouroux, médecin de la colonie de Dun-sur-Auron (Cher), et Colin (Henri), médecin de l'asile d'aliénés criminels de Gaillon (Eure) ; une mention honorable à M. le Dr Paris (Alexandre), de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Prix Charles Boullard : 1.200 francs. — Un prix de 800 francs est décerné à M. le Dr Gilbert Ballet, de Paris ; une récompense de 400 francs est accordée à M. le Dr Manheimer (Marcel), de Paris.

Prix Portal : 600 francs. — Question : *Des lésions des centres nerveux et des reins, causées par la toxine du tétanos et par celle de la diphtérie.* L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : Une récompense de 400 francs à M. le Dr Claude (H.) (de Paris) ; une récompense de 200 francs à MM. les Drs Enriquez et Hallion (de Paris).

Prix Falret : 900 francs. — Question : *Les somnambulistes.* L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde un encouragement de 700 francs à M. le Dr Laurent de Perry (de Bordeaux).

Prix de l'Académie : 1.000 francs. — Question : *Des myélites infectieuses au point de vue clinique et expérimental.* L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jacquemart, de Paris.

Congrès des aliénistes et neurologistes.

Mardi soir, 4 *avril.* — 1° Punch offert par la Ville de Marseille, dans les salons de l'Hôtel de Ville.

Mercredi matin, 5 *avril.* — 2° Réception gracieuse offerte par l'Asile des Aliénés, suivie d'une visite des Iles, de la Quarantaine et de l'Estaque, si le temps le permet.

Mercredi soir. — 3° Punch offert par la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux de Marseille.

Jeudi soir, 6 *avril.* — Banquet par souscription du Congrès.

Vendredi soir, 7 *avril.* — Clôture du Congrès.

Samedi, 8 *avril.* — Excursion à Toulon. Visite de la rade, de l'hôpital St-Mandrier, d'un cuirassé et déjeuner aux Sablettes. La promenade en mer est naturellemeut subordonnée au temps. Pour le voyage de Toulon, aller et retour, le 1/2 tarif sera demandé à la Compagnie P.-L.-M. MM. les Congressistes n'auront à supporter que les frais du banquet par souscription à Marseille, et du prix du chemin de fer aller et retour à Toulon. Toutes les autres dépenses seront couvertes par les allocations du Département et de la Ville.

Dimanche, 9 *avril.* — Excursion à Aix; Visite à l'Asile d'aliénés; Inauguration du buste de M. Pontier, ancien directeur-médecin; Banquet; Concert et fête dans les jardins de l'Asile; Visite de la ville.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et mutations* : M. le Dr Chacreaux, médecin-adjoint à l'asile de Bailleul, est nommé médecin-adjoint à l'asile d'Alençon ; — M. le Dr Maupaté, médecin-adjoint à l'asile d'Armantières est nommé médecin-adjoint à l'asile de Bailleul ; — M. le Dr Dezwaste, médecin-adjoint à l'asile de Clermont est nommé médecin-adjoint à l'asile de Bailleul; — M. le Dr Musin est nommé médecin-adjoint à l'asile d'Armentières ; — M. le Dr Coulon, médecin-adjoint à l'asile d'Alençon, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Clermont ; M. le Dr Monestier, médecin-adjoint à l'asile de Montdevergues, est nommé médecin-adjoint à l'asile d'Aix ; — M. le Dr Levet, médecin-adjoint à l'asile de Fains est nommé médecin-adjoint à l'asile de Montdevergues; — M. le Dr Briche est nommé médecin-adjoint à l'asile de Fains. — Ont été élevés à la classe exceptionnelle : MM. le Dr Chambard, médecin en chef à l'asile de Clermont ; Dr Trenel, médecin-adjoint à l'asile Saint-Yon ;

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 499

Vol. VII. Mars 1899. N° 41

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE. ÉTAT NÉVROPATHIQUE. APPOINT ALCOOLIQUE. DÉLIRE HALLUCINATOIRE;

Par M. le Dr TRUELLE,
Interne des asiles de la Seine.
(Service de M. MAGNAN, Asile clinique Sainte-Anne.)

Mme H..., Marie, âgée de trente-cinq ans, sans profession, entre pour la première fois à l'Admission, le 27 avril 1898.

Très excitée à l'arrivée, elle est immédiatement couchée au dortoir d'alitement. L'après-midi du 27, la nuit qui suit et le lendemain 28, l'état d'agitation se maintient sans interruption, très violent, identique à lui-même.

Mme H... présente un délire particulièrement incohérent, activé par une série de troubles sensoriels multiples et variés, avec prédominance visuelle manifeste; mais ces troubles sont en grande partie masqués par une exaltation cérébrale intense. Par instants, la malade pousse de toutes ses forces des cris de frayeur ou d'appel, cherche à se lever, à s'enfuir; elle étend les bras en avant, se débat, les yeux fixes, l'aspect effrayé, comme en proie à une vision terrifiante. A d'autres moments, elle chante des obscénités, ou se met à psalmodier, d'une voix monotone, les mêmes mots plusieurs fois répétés : « Ah ! Marie, Ah ! Marie, etc... ».

Il est à peu près impossible de fixer son attention : elle répond en chantant et sans aucune précision aux questions qu'on lui pose; en même temps, elle se livre à une série de mouvements désordonnés : lève les jambes en l'air, montre le poing, crache, rit, tire la langue, grimace, secoue la tête dans tous les sens, se roule sur son lit; ou bien elle repousse violemment les personnes qui l'approchent, par des mouvements brusques, mal coordonnés, véritables

réflexes de défense, en rapport avec ses illusions et hallucinations pénibles.

La peau est chaude, le visage vultueux, la langue blanche mais humide, les lèvres sèches, fendillées, les dents fuligineuses ; le pouls est faible, rapide, presque incomptable ; température : 38°,2, le matin ; 38°,4, le soir ; léger tremblement des mains, tremblements à oscillations courtes et rapides, hypéresthésie cutanée au contact et à la douleur généralisée ; l'ovaire gauche paraît un peu plus sensible à la pression que le droit ; insomnie complète malgré trois grammes de chloral en potion donnés le soir à 9 heures ; constipation. Pas d'éruption cutanée ; ventre souple, pas de symptômes de dénutrition, l'alimentation, quoique irrégulière, est cependant suffisante et spontanée ; pas de signes d'auscultation aux poumons, battements du cœur précipités mais réguliers, pas de souffle. Rien d'anormal dans les urines, les pupilles sont égales et réagissent convenablement à la lumière et à l'accommodation les réflexes patellaires sont normaux.

Dans la nuit du 28 au 29, l'agitation tend à se calmer ; la malade, après ingestion de trois grammes de chloral, dort pendant cinq heures d'un sommeil assez tranquille, entrecoupé seulement par quelques cris ou déclamations. Au réveil, l'agitation motrice est presque complètement tombée ; il ne reste plus guère qu'une exaltation cérébrale, considérable encore, il est vrai ; le délire offre un caractère moins pénible ; le regard est vif et brillant ; la malade rit fréquemment et sans motif apparent ; elle continue à débiter force mots orduriers ; elle tutoie tout le monde, croit reconnaître les personnes qui l'entourent et leur donne le nom de gens autrefois en relation avec elle. Elle a, par moments encore, quelques réactions violentes quand on l'approche ; de temps en temps, elle pousse des cris perçants, mais d'une intonation banale et n'indiquant plus l'effroi comme ceux des premiers jours. Le 29 et le 30, métrorrhagie peu abondante.

Dans l'après-midi du 30 avril, l'agitation redevient à nouveau extrême avec les mêmes caractères que lors de l'entrée de la malade : cris de frayeur, mouvements désordonnés, actes de violence. Néanmoins, grâce à 3 grammes de chloral, Mme H... dort cinq heures pendant la nuit d'un sommeil tranquille. Au matin elle est à nouveau plus calme, l'agitation motrice est sensiblement atténuée, l'incohérence moins grande, l'exaltation cérébrale légèrement diminuée ; par contre, les troubles sensoriels, principalement ceux de la vue, qui, les jours précédents, étaient comme étouffés au milieu de l'exaltation générale de la malade, sont aujourd'hui beaucoup plus nets : elle a fréquemment des mouvements d'effroi, de répulsion, comme si elle avait devant elle quelque tableau effrayant ; elle voit des animaux, parle de crapauds, de poissons, de serpents qui rôdent sur son lit.

Dans les jours qui suivent, la malade continue à se calmer progressivement, mais incomplètement, elle répond assez correctement à quelques questions simples; les hallucinations avec troubles de la sensibilité générale persistent, au contraire : généralement atténués, ces désordres vont éclater plus violents à certains moments, comme de véritables bouffées qui saisissent la malade dans un raptus d'une intensité souvent extrême.

Dans les périodes d'accalmie, M[me] H... reste étendue sur son lit, immobile, ou bien assise l'après-midi dans le jardin, elle répond par petites phrases courtes, mais d'une façon assez exacte, quand on l'interroge. Puis, brusquement survient un raptus hallucinatoire, alors la malade gémit, s'agite, ses traits se contractent, expriment la frayeur la plus intense; les regards fixés vers un point qu'elle désigne du doigt, elle se livre à une série de mouvements de défense plus ou moins désordonnés, secoue son lit, déplace ses oreillers qu'elle rejette loin d'elle, roule ses couvertures, cherche à quitter sa chemise, se passe plusieurs fois la main sur les membres, comme pour en chasser certains contacts désagréables; elle se cramponne à son lit pour ne pas tomber : « Je glisse, je glisse, crie-t-elle, je vais tomber dans la mer! » Elle soulève son matelas, regarde dessous : « Il y a quelqu'un là-dessous, c'est M. F... (un médecin qui la soignait en ville), je vais l'étouffer, ôtez-le, voyons, ôtez-le. » Sa parole est brève, saccadée, impérative. Un instant après, elle retombe sur son lit, comme épuisée des efforts qu'elle a faits; elle soupire, semble se reposer un instant, mais, bientôt, surgit une nouvelle hallucination : il y a des chats, des poissons, des reptiles sur son lit : « Tenez, là, les voyez-vous? » dit-elle; et, elle passe la main dans ses cheveux avec un geste de dégoût, ou semble tirer avec ses doigts quelque chose de sa bouche entr'ouverte. A d'autres moments, on la brûle, on la viole, il y a quelqu'un couché sur elle, et effectivement, elle reste étendue sur le dos, essayant péniblement de soulever la tête, comme clouée sur son matelas.

Toutefois, ces symptômes tendent à s'effacer de plus en plus et n'éclatent qu'à des intervalles relativement rares. La situation dès le 10 mai ne rappelle en rien celle du début; les nuits notamment sont assez tranquilles; on est bien obligé de recourir encore de temps en temps au chloral pour provoquer le sommeil, mais celui-ci dure régulièrement cinq à six heures par nuit. L'état général est redevenu satisfaisant, la température, qui le 6 mai, est tombée à la normale, s'y maintient; le pouls est bon, la langue humide et rosée, le facies plus reposé; il n'y a plus de tremblement des mains. La malade s'alimente suffisamment; elle garde volontiers le lit, prend régulièrement et sans difficulté 3 grammes de bromure de sodium et un bain de deux heures chaque jour. A partir du 12 mai, on supprime définitivement jusqu'au 23 le

chloral de la nuit et on fait prendre le soir un bain prolongé de quatre heures, dont l'effet sédatif est remarquable : il arrive souvent que la malade, mise très agitée dans son bain, s'y calme rapidement; sortie de l'eau à 8 heures, et recouchée aussitôt, elle s'endort d'un sommeil profond et paisible, pour ne s'éveiller qu'au matin.

Il semble donc que nous voici arrivés à une période de convalescence ou tout au moins d'accalmie notable, lorsque, presque subitement, le 20 mai, à quatre heures du matin, après une nuit troublée seulement par quelques hallucinations et quelques cris d'effroi, Mme H... est prise d'un raptus hallucinatoire des plus intenses qui va persister jusqu'au moment du bain du soir : elle se met debout sur son lit, pousse des cris de douleur, piétine ses draps, secoue sa chemise qu'elle enlève et remet à plusieurs reprises : « Tenez, en voilà encore un de passé, crie-t-elle, je les sens bien, parbleu, tous ces couteaux qu'on me glisse partout... Depuis ce matin, quatre heures, que je suis en train de me défendre toute seule contre cette bande de *ripailles* ... Non, mais regardez-les, tous ces outils qui montent après moi ! » Sans une minute de répit, elle cherche à se défendre contre ces sensations pénibles qui l'assiègent de toutes parts.

Interrogée sur la cause de sa frayeur, elle répond : « J'étais tranquille ici, mais après l'opération qu'on a faite à la dame hier au soir (lavement de chloral donné à une voisine), j'ai bien vu que ça allait venir à moi. »

Cette nuit, à deux heures, son mari est venu la trouver, elle a vu ses cinq enfants à qui on a coupé la tête, là, près de son lit : « Parbleu, je l'ai bien vu le sang qui coulait !... »

La nuit suivante, sans hypnotique, elle dort pendant cinq heures. Le lendemain, le calme relatif persiste, entrecoupé seulement de quelques troubles sensoriels du même caractère pénible. Par moments, percent quelques idées confuses de persécution : « Ils sont là qui font des bêtises et à dire que c'est moi... Pourquoi m'en voulaient-ils comme cela, tous les voisins ?... » Elle reçoit très mal son mari qui vient la voir, l'accusant d'être la cause de ses souffrances.

Dans les jours qui suivent, les troubles sensoriels généralisés persistent; Mme H... est constamment aux prises avec ses sensations pénibles : elle rejette son oreiller, son traversin, puis se tenant couchée sur le dos, les cuisses écartées et demi-fléchies, elle prend ses draps à la poignée, les soulève, regarde avec précaution par dessous, disant : « Ils sont toujours là qui veulent me faire du mal... ils me mettent un busc dans la matrice... ils sont en train de faire mon autopsie... tenez, regardez !... J'ai plus de cinq paires d'aiguilles dans les épaules !... » Interrogée sur sa santé au milieu de ses hallucinations, elle répond assez

correctement : « Ça va un peu mieux, j'ai pris un bain hier, ça m'a calmée. » Puis, aussitôt, elle repart : « Oh ! oh ! ce sont les enfants de M. F..., qui sont là-dessous. »

D. « Qui est M. F... ? »

R. « C'est un médecin qui habite rue de la Gaieté. » (Fait exact). Et, sans transition, d'un air profondément effrayé : « Oh ! Oh ! ôtez-donc !..., ôtez-donc ! »

D. « Qu'est-ce qu'il y a à ôter ? »

R. « Je n'en sais rien, » répond-elle et elle se met à sourire : « Je suis décorée, qui est-ce qui dit cela ?... J'en ai encore trois dans mon lit... Mais vous ne les voyez donc pas, vous avez donc de la m..., aux yeux, sauf votre respect ?... » Le Président de la République est dans sa chemise, elle est entre le bon Dieu et la sainte Vierge ; elle est couchée sur quelqu'un qu'elle étouffe ; c'est M. F..., et Mme B..., qu'elle écrase ; elle cherche à se soulever sur son lit. Ou bien elle fait un paquet de ses draps, le prend dans ses bras, le lève lentement, puis le dépose avec mille précautions sur son lit, lui parlant comme à un enfant. Elle envoie des sourires et des baisers au plafond, regarde en l'air, répond : « Oui, attends-moi ». Fréquemment, elle se plaint de mauvaises odeurs ; elle sent le vieux poisson, les œufs pourris, les mets qu'on lui sert ont un goût atroce. A d'autres moments, quand les troubles sensoriels sont moins prédominants, elle se met à chanter, construisant des rimes par assonnance :

« Ses petits enfants sont avec lui. »
Oui, oui, oui.
« Sa femme est gentille, »
Oui, oui, oui.

Le 23 mai, les règles apparaissent et durent trois jours, modérément abondantes, sans apporter de modification notable dans l'état de la malade.

Le 26 mai, dans un moment de calme, elle avoue qu'il lui semble que les yeux des personnes qui la regardent ne sont pas toujours les mêmes, que les figurent changent ; elle s'imagine qu'on se moque d'elle, elle entend causer de tous les côtés, mais ne peut savoir de qui sont ces voix.

Le 28, nouveau raptus hallucinatoire diurne ; elle quitte sa chemise, refuse de la remettre, disant : « Je n'en veux pas, j'ai un uniforme... La sainte Vierge qui vient là-haut !... » Un instant après, elle se laisse facilement revêtir, pour presque aussitôt sauter précipitamment de son lit, désignant du doigt le milieu de son matelas, elle s'écrie d'un ton plein d'effroi : « Oh ! non, je ne veux pas, je ne veux pas !... »

Cet état persiste avec des périodes plus ou moins longues de calme relatif, et dure encore actuellement, offrant généralement

le même caractère pénible. Les nuits continuent à être ordinairement assez tranquilles, la malade dormant, en moyenne, quatre à cinq heures ; l'alimentation est toujours suffisante ; l'état général satisfaisant, la température oscille d'une façon régulière entre 37° et 37° 5. Le poids qui, dans les huit premiers jours, avait baissé de trois livres, s'est relevé et se maintient actuellement à son point de départ.

Nous nous trouvons donc ici en présence d'un état hallucinatoire non systématisé ou très imparfaitement systématisé, compliqué d'un certain degré de confusion mentale avec, dans les sphères affective et motrice, des réactions qui sont en rapport avec les perceptions fausses de la malade.

Passons rapidement en revue les différents diagnostics qui peuvent se discuter, à ne s'en tenir simplement qu'à ce tableau clinique.

De la Mélancolie, il ne peut en être question que pour l'éliminer aussitôt : si, en effet, à certains moments, Mme H... présente une attitude déprimée, voire même demi-stupide, cet état cénesthétique n'est, de toute évidence, que le reflet du caractère pénible et déprimant des troubles sensoriels du moment.

Il en serait de même de la Manie, l'agitation désordonnée de la malade n'étant, elle aussi, qu'une réaction secondaire et la fuite des idées n'étant, en réalité, qu'une fuite des perceptions fausses, s'il n'avait été décrit, à l'étranger, une forme spéciale de cette maladie, la *Manie hallucinatoire* (Mendel), dans le cadre de laquelle notre cas pourrait, à la rigueur, se ranger. Mais cette forme est loin d'être admise en tant qu'entité morbide par tout le monde, nous y reviendrons dans la suite.

Devons-nous étiqueter cette observation Confusion mentale ? Outre que la confusion mentale est loin, elle aussi, d'être reconnue par tous autrement que comme syndrome commun à plusieurs affections de nature très différente, la confusion n'est manifestement pas ici le symptôme prédominant ; bien plus, elle est loin d'être absolue, puisque nous voyons notre malade fournir, au plus fort de son raptus hallucinatoire, des réponses qui ne manquent pas de précision ni d'à propos. Il suffit, du reste de se reporter à la définition de M. Chaslin pour écarter immédiatement ce diagnostic : « La confusion mentale primitive, idiopathique, est une

affection habituellement aiguë, consécutive à l'action d'une cause ordinairement appréciable, en général, une infection qui se caractérise par des phénomènes somatiques de dénutrition et des phénomènes mentaux ; le fond essentiel de ceux-ci, résultat premier de l'état somatique, est constitué par une forme d'affaiblissement et de dissociation intellectuels, confusion mentale qui peut être accompagnée ou non de délire, d'hallucinations, d'agitation, ou, au contraire, d'inertie motrice, avec ou sans variations marquées de l'état émotionnel[1]. »

Reste alors ce qui a été décrit sous le nom de Confusion mentale hallucinatoire (*Hallucinatorische Verwirrtheit*). Krœpelin[2] range cette affection parmi les états aigus d'épuisement, à la suite de Collapsdelirium, de la Folie asthénique, de la Démence aigüe. Le tableau clinique que trace Krœpelin de cette maladie correspond assez bien, en effet, à notre cas, sauf le mode de début, que nous étudierons par la suite. La cause de la confusion hallucinatoire réside ordinairement dans des influences physiques débilitantes, la prédisposition psychopathique, principalement l'alcoolisme, y joue un rôle important, le développement en est rapide : il y a une période prémonitoire d'inquiétude, de confusion, d'angoisse, qui fait perdre au malade la conscience nette des choses ; puis l'éclosion se fait assez brusquement, ordinairement la nuit ; c'est un assaut de troubles sensoriels multiples, visions de feu, d'animaux, d'anges, hallucinations de l'ouïe ; coups de tonnerre, menaces insultes ; troubles de la sensibilité générale ; idées délirantes d'ordre mélancolique ou mégalomaniaque, réactions en raison de ces troubles multiples et polymorphes ; de temps en temps, moments de lucidité, où l'on peut avoir une conversation suivie, sommeil ordinairement troublé, dénutrition rapide. L'évolution se fait en plusieurs semaines, ou en plusieurs mois, l'amélioration survient graduellement, la terminaison habituelle est la guérison.

Mais si Krœpelin, si Meynert[3] admettent comme entité morbide la Confusion hallucinatoire décrite pour la pre-

[1] Chaslin. *La confusion mentale primitive*. Paris, 1895.

[2] Krœpelin. *Psychiatrie*. Leipzig, 1889.

[3] Meynert. *Die acuten hallucinatorischen Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf*. (*Jahrbüch. für Psych.*, 1880.)

mière fois par Fritsch[1], d'autres auteurs, de non moins grande valeur, ne la reconnaissent pas ou ne lui assignent pas la même place dans la Nosographie mentale et désignent, sous un autre nom, les faits qui s'y rapportent.

C'est ainsi que Konrad[2] lui donne le nom de Verworrenheit. Mendel[3], contrairement à l'opinion de Meynert, se refuse à faire de ce délire hallucinatoire une affection dégénérative.

Kraft-Ebing[4] est du même avis, puisqu'il range parmi les psychonévroses fonctionnelles primitives, c'est-à-dire parmi les psychoses du cerveau complètement développé, cette forme qu'il désigne sous le nom de *Wahnsinn hallucinatoire;* et sous cette dénomination il comprend les maladies correspondant en grande partie à celles que d'autres auteurs ont décrites sous le nom de démence primaire aiguë (Westphal), de confusion hallucinatoire (Mendel), de manie hallucinatoire (Mendel), de delusional stupor (Newington). Pour Kraft-Ebing, c'est-là une entité morbide primitive, « une maladie parasitaire et accidentellement acquise, chez unin dividudont les fonctions cérébrales étaient jusque-là normales, et dont la maladie n'était pas à prévoir, maladie due à une prédisposition temporaire (par exemple affection physique grave et causes occasionnelles puissantes coïncidant) ; si, dans la psychonévrose, les prédispositions héréditaires ne sont pas impossibles, elles n'existent, du moins, qu'à l'état latent, le cerveau est seulement facile à affecter, mais normal dans ses fonctions ».

Mayser[5] trace encore de cette affection un cadre plus large ; il fait rentrer dans la folie hallucinatoire, la manie hallucinatoire de Mendel, le désordre dans les idées hallucinatoires de Fritsch, le désordre dans les idées pseudo-aphasique de Meynert et de Schlaugenhausen, le premier groupe de la folie aiguë partielle de Kretz, les délires d'épuisement de Voigt, certains cas de folie systématique de Buch.

[1] Fritsch. *Jahrbücher für Psych.* Bd. II, p. 27, 1880.

[2] Konrad. *Zur Lehre von der acuten hallucinat. Verworrenheit.* (*Arch. für Psych.* XVI, 2, p. 252.)

[3] Mendel. *Verrücktheit in Real Encycloped. d. gesammt. Heilkunde.* Bd. XIII, p. 507.

[4] Kraft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 5e édition. Vienne, 1897.

[5] Mayser. *Hallucinatorischer Wahnsinn.* (*Allg. Zeit, für Psych.* Bd. XLII, 1, 1885.)

Schüle [1], s'il fait rentrer la Wahnsinn aiguë sensorielle dans les psychoses de l'individu complètement développé, établit cependant cette distinction d'avec la manie ou la mélancolie que c'est là une forme de psychose chez un cerveau invalide. On voit par là combien, à s'en rapporter aux classifications allemandes, il est difficile d'étiqueter sous un nom précis l'observation que nous venons de rapporter.

D'ailleurs, à un examen plus détaillé, il semble bien qu'il y ait eu dans l'affection de Mme H... deux phases distinctes : une première, au début, où l'exaltation cérébrale masquait en partie les troubles sensoriels, où les symptômes somatiques étaient assez marqués, où l'on notait, en particulier, du tremblement des mains et un état légèrement saburral des voies digestives, puis, après un intervalle très court de calme relatif, une deuxième phase de troubles sensoriels prédominants, avec réactions concordantes, mais troubles multiples, variés, mobiles, polymorphes.

L'embarras où nous nous trouvons n'est qu'une preuve de plus que « la teneur du délire ne fournit au diagnostic que de bien vagues indications et est incapable, par elle-même, de donner un diagnostic complet [2] ».

Voyons donc si, par l'étude de la genèse et de l'évolution de la psychose, si, par la connaissance des antécédents de notre malade, nous serons plus heureux.

Antécédents héréditaires. — Les renseignements fournis par le mari nous apprennent que le père de Mme H... a toujours été très nerveux et excentrique ; en outre, il faisait fréquemment des excès de boisson ; à la mort de sa femme, il a fait des spéculations malheureuses, a mené une vie assez dissipée, et a fini par se ruiner complètement. La mère de notre malade, qui était également très nerveuse, est morte de tuberculose pulmonaire. Une tante maternelle est également morte tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Mme H... a toujours été, de l'aveu de son mari, très vive et exaltée, s'emportant facilement, d'une émotivité exagérée ; elle était bouleversée par le moindre ennui. Etant enfant, elle a eu, à plusieurs reprises des accès de somnambulisme. Mariée à vingt et un ans, elle eut dans les premiers temps de son mariage des crises nerveuses caractérisées par une sensation d'étouffement et de constriction à la gorge, suivies de perte

[1] Schüle. *Klinisch. Psychiatrie.* Leipzig, 1886.

[2] Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* Paris, 1897.

de connaissance, avec contracture généralisée, durant quatre à cinq minutes. Cela n'a d'ailleurs été que transitoire. Pourtant, un mois avant son séjour ici, elle a eu de nouveau, à la suite de chagrins domestiques, une sensation de boule qui l'étouffait; elle portait la main à sa gorge, disant à son mari : « Arrache donc, j'étouffe ! »

Elle a eu, de ce mariage, cinq enfants tous élevés au sein, et bien portants jusqu'ici : l'aîné est âgé de quatorze ans, le plus jeune de trois ans. Ni au moment des grossesses, ni au moment des accouchements, ni pendant l'allaitement, Mme H... n'a présenté de trouble mental.

Depuis quinze mois environ, Mme H... était souffrante; elle se plaignait fréquemment de douleurs abdominales; ses règles, devenues très irrégulières, n'apparurent que deux fois dans ces quinze mois. Depuis plus d'un an, elle s'était mise, en outre, à faire des excès de boisson : il lui arrivait de se griser pendant deux ou trois jours, puis tout rentrait dans l'ordre, mais pour recommencer la semaine suivante ; elle prenait ordinairement du vulnéraire chaque matin à jeun; de temps en temps, après le repas, un petit verre de rhum, environ trois quarts de litre de vin pur à table.

Huit jours avant le début de l'accès délirant, les règles apparaissent, plus abondantes que de coutume; vers la même époque, elle apprend, coup sur coup, la mort de deux de ses amies auxquelles elle était très attachée.

C'est deux jours plus tard, c'est-à-dire six jours avant son admission à Sainte-Anne, qu'elle commence à paraître étrange ; elle s'attribue les faits divers ou les aventures du roman-feuilleton du *Petit Journal;* par moments, elle semble inquiète, tressaille au moindre bruit, se figure qu'on frappe à sa porte. Mais tout cela n'était qu'ébauché et elle continuait, comme par le passé, à s'occuper de son ménage.

Lorsque le 27 avril, à cinq heures du matin, après que son mari l'eût quittée comme d'ordinaire, pour se rendre à son travail, sans avoir rien remarqué de particulier, elle se lève tout à coup, descend en chemise dans la rue, criant qu'elle est possédée du démon, qu'elle a le diable dans le corps, qu'elle veut aller voir le Dr F... Elle appelle ses enfants, leur crie : « Venez vite, nous sommes sauvés ! »

Ce fut cette sortie qui amena son placement d'office à l'asile Sainte-Anne.

Dès lors, la question du diagnostic s'éclaire d'un nouveau jour; nous sommes en présence d'une héréditaire, à caractère mobile et versatile, à émotivité exagérée, jouissant, en un mot,

de cet état mental, que l'on sait être si souvent le substratum mental des dégénérés[1]; en outre, Mme H... a présenté à plusieurs reprises des symptômes d'hystérie (somnambulisme, crises à forme de contracture, sensation de boule). Cette dégénérée hystérique commet à un certain moment des excès de boisson, elle subit, coup sur coup, la perte de deux amies dévouées ; rien d'étonnant dès lors qu'un délire éclate; et ce délire revêt précisément, dès l'emblée, l'aspect du délire chez les dégénérés : ce n'est pas un état maniaque franc, ni ce qu'on a décrit sous le nom de folie hystérique ; ce n'est pas non plus un délire alcoolique pur, mais bien un mélange de ces trois états. Au bout de quelques jours, l'appoint alcoolique tend à s'effacer, le tremblement disparait, l'exaltation maniaque elle-même se calme ; mais, et c'est là précisément le point particulier de cette observation, les troubles sensoriels persistent et ils persistent avec un caractère ordinairement pénible, comme dans l'alcoolisme, avec une prédominance marquée de troubles de la vue comme dans l'alcoolisme et dans l'hystérie, avec un mélange de tendances à la persécution, au mysticisme, aux idées de grandeur; en un mot, avec un polymorphisme inextricable, comme chez les dégénérés.

C'est, en effet, un fait bien établi[2] que cette persistance, avec souvent même, une aggravation marquée du délire chez les dégénérés alcoolisés, sous forme d'hallucinations ou plus fréquemment d'illusions, d'interprétations délirantes, de délire plus ou moins imparfaitement systématisé, ordinairement à type de persécution, à type plus rarement mégalomaniaque; cela s'explique d'ailleurs naturellement, par la moindre résistance chez ces malades, du cerveau, qui, ébranlé pour un temps par l'alcool, ne retrouve pas son équilibre, l'action du poison passée, mais continue à rester sous le coup des troubles sensoriels primitifs, et peut, dès lors, partir de là pour échafauder tout un système de délire.

Nous avons actuellement, dans le service, deux autres malades chez qui l'on peut facilement reconnaître cette évolution.

[1] Magnan. *L'état mental des dégénérés.* (*Revue Neurologique*, 1894.) *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1893, 1897.

[2] Magnan. *De l'alcoolisme*. Paris, 1874. *Leçons sur les maladies mentales*. Paris, 1893, 1897.

La première est une femme de trente-deux ans, entrée le 14 mars 1898, en plein délire alcoolique, avec hallucinations de la vue mobiles et pénibles, hallucinations de l'ouïe, à prédominance nocturne, tremblement des mains. Rapidement, en quatre ou cinq jours, le tremblement disparait, les hallucinations visuelles tendent à s'effacer, mais les troubles de l'ouïe persistent, accompagnés de nombreuses illusions et interprétations fausses et, actuellement, c'est-à-dire trois mois après le début de l'affection, la malade est encore en plein délire ; elle s'éloigne des autres, se tient assise dans un coin faisant des gestes de répulsion quand on l'approche; souvent, on la voit rire sans motif apparent ou entretenir des conversations avec ses voix.

Or, la mère de cette malade était très nerveuse, elle avait fréquemment des crises d'étouffement avec sensation de boule à la gorge; elle faisait ordinairement usage du vulnéraire chaque matin. Notre malade, elle-même, a toujours été fantasque, emportée, recherchant la solitude, sombre sans motif, ou bien, au contraire, d'une gaieté exubérante ; elle était sujette à des accès de colère au cours desquels elle se roulait à terre, en poussant des cris perçants.

L'autre est une femme de trente-huit ans, atteinte d'alcoolisme chronique, entrée le 4 juin 1898, sous le coup d'un accès subaigu, avec hallucinations multiples, à caractère pénible, zoopsie, du tremblement dans les mains, des crampes dans les jambes, un certain degré d'hypéresthésie musculaire. Depuis une dizaine d'années elle faisait des excès de rhum, de cognac, de vulnéraire, d'absinthe; elle en est, d'ailleurs, à sa troisième attaque de délire subaigu : les deux premières n'ont duré que fort peu et ont été suivies d'une guérison complète, mais ce dernier accès, au contraire, tend à s'éterniser; voici plus de vingt jours, en effet, qu'il dure, et actuellement la malade est encore très fortement délirante : jour et nuit, elle brasse ses draps et ses couvertures, en proie à des troubles sensoriels manifestes, s'imaginant qu'elle lave son linge (elle est blanchisseuse de son état), qu'elle tient la République entre ses mains, qu'il y a du monde dans son lit, qu'elle entend des voix qui l'insultent. Son père était un alcoolique franc et est mort, à trente-neuf ans, d'une attaque de delirium tremens.

Ainsi, nous sommes amenés à considérer ce soi-disant délire hallucinatoire que présente Mme H... non plus comme une entité morbide autonome, mais bien comme un syndrome d'une affection plus générale : la dégénérescence mentale, et à en faire une variété de ces délires que l'on observe secondairement chez les dégénérés alcoolisés.

Du même coup, nous pouvons affirmer au point de vue du pronostic que c'est là une forme transitoire et curable, sans toutefois pouvoir en préciser la durée d'une façon certaine : ce qu'on peut affirmer, en tout cas, c'est que consécutivement à ces troubles hallucinatoires, notre malade ne présentera vraisemblablement pas le moindre affaiblissement intellectuel.

On ne peut pas davantage certifier qu'une rechute n'aura pas lieu dans un temps plus ou moins éloigné, sous une forme ou sous une autre de psychose, si certaines causes prédisposantes viennent agir sur la malade ; car le délire actuel disparu, nous resterons évidemment en présence du fond dégénératif, terrain toujours favorable à l'éclosion d'un délire.

Quant au traitement, on devra, bien entendu, puisqu'on a affaire ici à une psychose aiguë, instituer le traitement au lit en toute liberté, tel qu'on le pratique dans le service de l'Admission, pour les formes aiguës et subaiguës de la folie, calmer l'éréthisme du système nerveux par des moyens appropriés : balnéation prolongée à 33°, bromures alcalins ; favoriser le sommeil par des hypnotiques ; veiller au bon fonctionnement du tube digestif.

Au point de vue prophylactique, recommander, autant que possible, une vie calme et surtout proscrire absolument l'usage des boissons excitantes, alcooliques ou fermentées [1].

[1] Depuis le temps qui s'est écoulé entre la rédaction et la publication de cette observation, Mme H... a guéri de son accès délirant, qu'il nous soit donc permis d'indiquer en quelques mots cette terminaison.

Après une phase d'état qui s'étend du mois de juin au mois d'octobre, phase pendant laquelle se succèdent d'une façon très irrégulière, et cela plusieurs fois dans la même journée, des alternatives rapides d'accalmie et d'excitation, avec une tendance progressive des troubles sensoriels à s'effacer pour faire place à une forme plus franchement maniaque, survient enfin la convalescence, mais convalescence très tourmentée, très décevante aussi par les sautes brusques de l'état mental. Il y a, par exemple, des journées entières où la malade paraît complètement sauvée, causant de choses et d'autres avec lucidité, s'occupant à des travaux de crochet, descendant au jardin où elle se tient fort bien, reconnaissant qu'elle a été malade ; puis, subitement, éclate une crise d'exaltation avec discours incohérents, agitation extrême et désordonnée, actes de violence subits et non motivés.

Peu à peu ces dernières lueurs d'un délire qui s'éteint vont elles-mêmes disparaître ; et à la fin de la première semaine de janvier, on peut regarder la guérison comme assurée. Une journée seulement, la malade a présenté une très légère dépression mélancolique.

Jusqu'au 25 janvier, Mme H..., bien que ne couchant plus au dortoir

RECUEIL DE FAITS

NOUVEAU SYNDROME CONSÉCUTIF A UNE BLESSURE DE LA MOELLE;

Par Ciro L. URRIOLA (de Panama).

Entre les syndromes médullaires, le plus connu est celui de Brown-Séquard, caractérisé par une hémiparaplégie avec hémianesthésie croisée, auquel on assignait pour cause une hémisection de la moelle du même côté que l'hémiparalysie, s'appuyant sur la théorie soutenue par cet auteur de la décussation au niveau de cet organe des conducteurs de la sensibilité; mais les importantes et nouvelles expériences de Mott paraissent renverser cette théorie, qui du reste a été repoussée par son illustre créateur dans la lettre publiée peu de temps avant sa mort et recueillie par la presse scientifique, et où il assure faire faire un progrès à la physiologie, déclarant s'être trompé en soutenant le principe de la décussation. Dans le cas que nous allons signaler ici — cas que nous considérons comme la confirmation de la doctrine de Mott, c'est-à-dire de la conduction directe des impressions sensitives à travers la moelle — par suite d'une blessure faite avec une arme tranchante entre la septième et huitième

d'alitement, y passe cependant la plus grande partie de ses journées, aidant le personnel dans les soins à donner à ses anciennes compagnes, cela le plus naturellement du monde; car il est un fait à noter, c'est que, malgré le souvenir presque complet de son accès passé, elle n'a conservé aucune impression trop fâcheuse de son séjour à l'asile.

Il est un autre point sur lequel nous voulons insister, c'est l'embonpoint, l'état de santé florissant de la malade, au sortir d'un accès d'agitation aussi long et aussi intense. Le poids, en effet, qui était de 48kg,500 à l'arrivée, est au moment de la guérison de 56 kilogrammes; et il n'est pas douteux que ce soit au système du séjour au lit qu'on doive attribuer ce résultat. C'est en effet une règle générale de voir les maniaques aigus traités au lit conserver un embonpoint qu'on n'était pas accoutumé de leur voir quand on les maintenait debout en cellule.

côte droite, à 6 centimètres des apophyses épineuses des vertèbres dorsales, il se déclara chez une femme un syndrome consistant en une paraplégie flasque avec hémianesthésie du même côté de la blessure et hyperesthésie du côté opposé. De tels symptômes, provenant de la blessure en apparence unilatérale de la moelle, sous bien des rapports, méritent d'être discutés à la lumière des nouvelles idées. Voici les circonstances qui ont accompagné ce fait.

Julienne Munoz, âgée de quarante ans, multipare. Le 10 juin 1896, était occupée à laver dans un endroit appelé Cocoli, à quelques kilomètres de la ville de Panama, quand subitement elle était blessée, d'abord à l'épaule gauche et ensuite entre la septième et la huitième côte droite, à six centimètres des apophyses épineuses des vertèbres dorsales. L'agresseur était son amant, duquel elle s'était séparée quelques jours avant et qui par jalousie avait juré de se venger. A la seconde blessure, la femme tomba abattue sur le sol avec les membres abdominaux paralysés. L'arme tranchante était un « machete » court, qui resta dans la blessure médullaire d'où il ne fut extrait que quelques minutes après, sur le théâtre même des événements. Il n'y eut pas d'hémorragie apparente par cette dernière blessure. Dans les premières heures de la nuit, on transporta cette femme en ville, et vers les 10 heures l'inspection des blessures fut faite par le médecin de la police. La blessure du dos mesurait trois centimètres dans le sens vertical, un demi-centimètre transversalement et trois de profondeur, au moment de la première inspection. Dans les trois jours qui suivirent, la vessie n'a pas fonctionné, mais au bout de ce temps on obtient par la sonde une grande quantité d'urine normale ; le cinquième jour le rectum fonctionna après un lavement. Depuis ce jour cet organe ainsi que la vessie ont marché régulièrement.

Motilité. — Dans les membres abdominaux existe une paraplégie flasque complète. En élevant les jambes sur le plan du lit, elles tombent comme un corps inerte; elles sont froides, mais conservent leurs couleur et volume habituels. Les pieds sont tombants et les jambes n'opposent aucune résistance aux mouvements passifs de flexion et d'extension.

Sensibilité. — Dans le membre abdominal droit existe une anesthésie complète de toutes les sensibilités depuis le niveau de l'articulation coxo-fémorale jusqu'à l'extrémité des doigts ; durant la première semaine se produisit le phénomène de l'allochirie sensorielle.

En effet, si en bandant la malade on lui applique un corps chauffé sur le genou droit insensible à cette excitation, elle dirige

la main gauche sur le genou du même côté et réfère à ce dernier point la sensation de brûlure. Dans le membre abdominal gauche se notait une hyperesthésie telle que le toucher le plus léger au moyen d'une pointe d'aiguille ou avec un corps chauffé lui faisait éprouver une vive douleur. Au début il existait sur le dos un point très sensible à la pression, à trois travers de doigt au-dessous de la blessure ; deux semaines après ce point se trouvait dans la région sacrée, à six centimètres à droite de la colonne.

Un autre phénomène attirait l'attention chez cette malade : quand la pointe d'une aiguille pénétrait dans la région antéro-externe de la jambe droite ou dans la partie dorsale du pied correspondant, nonobstant qu'elle ne ressentait pas le contact ni la douleur que pouvait lui causer l'aiguille, la malade mouvait le pied dans le sens de l'extension dorsale et la jambe était prise de soubresauts. Dans la même région toutes les excitations de la peau reproduisaient le même phénomène. Cela a persisté plusieurs mois.

Réflexes. — Le patellaire n'existe plus d'aucun côté et le plantaire seul existe dans le pied gauche.

Rectum et vessie. — Depuis ce que nous avons signalé plus haut, ces organes ont fonctionné régulièrement.

Tels ont été les symptômes qu'a présentés cette malade dans les deux premières semaines qui ont suivi l'accident, mais avant de chercher à les expliquer, nous avons cru convenable de résumer l'histoire de cette malade pendant les deux ans qu'elle a été l'objet de nos observations.

La motilité a reparu plus vite dans le membre inférieur droit que dans le gauche, et dans les deux, les mouvements ont commencé d'abord à la racine, puis aux extrémités. On a observé aussi que les mouvements de flexion ont été plus faciles et plus énergiques que ceux d'extension. En octobre 1896, le membre abdominal droit jouissait de tous ses mouvements, tandis que le gauche pouvait à peine faire ceux de flexion du pied et des doigts, ceux d'extension étant impossibles. Cependant on a pu se rendre compte à plusieurs reprises différentes que pendant son sommeil la malade pouvait communiquer à son membre des mouvements de flexion et d'extension dont il ne jouissait pas à l'état de veille.

Dans le mois suivant elle commença à faire les premières tentatives pour marcher, mais il arrivait qu'à peine le corps reposait-il sur un des membres inférieurs, ceux-ci étaient pris d'un fort tremblement. Ce tremblement a toujours été plus prononcé dans le membre inférieur gauche que dans le droit. Dans le cours de ces dernières années, ce tremblement a disparu complètement dans le membre droit et a augmenté dans celui de gauche, arrivant à se contracturer de telle manière que tous ses segments apparaissent

en extension forcée, et le pied, dans la marche s'appuie seul par les extrémités des doigts (équinisme).

Dans la note correspondant au 11 juin 1898 on lit : « Le membre inférieur gauche est contracté ainsi que tous ses segments en extension. Les mouvements d'extension dorsale du pied et des doigts sont nuls ; le réflexe patellaire gauche est très exalté ; clonus du pied. Le membre inférieur droit jouit de tous ses mouvements ; le réflexe de ce même côté est légèrement augmenté ; on ne provoque pas le clonus du pied. Il n'existe pas d'atrophie prononcée dans aucun des membres inférieurs. »

Quant à l'anesthésie, elle disparut rapidement au commencement dans certaines zones, mais depuis elle s'est fixée à d'autres et existe toujours au bout de deux années sous la forme de plaques. Un mois et demi après la blessure médullaire l'anesthésie comprenait le pied droit et la jambe correspondante jusqu'à deux centimètres au-dessus de l'articulation du genou ; quelques mois plus tard elle avait presque totalement disparu de la surface de la jambe, excepté dans une zone étroite située dans sa partie postérieure qui s'étendait depuis le talon jusqu'à quelques centimètres au-dessous de l'articulation du genou ; dans cette partie l'anesthésie était complète. Dans le pied, l'anesthésie a persisté longtemps dans la région dorsale et dans le bord externe ; et en ce qui concerne la plante, la sensibilité a réapparu de la partie antérieure à la partie postérieure.

Le 11 juin 1898, la distribution de l'anesthésie était la suivante : sur la partie dorsale du pied à partir d'une ligne située à quatre centimètres au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne, sur tout le gros doigt du pied et dans un coin étroit correspondant à la peau située au-dessous du malléole interne.

Les réflexes patellaires qui au début étaient abolis, s'exaltèrent par la suite (le 23 juillet 1896 ce phénomène pouvait se vérifier déjà) de chaque côté, quoique d'une façon plus marquée dans le côté gauche. Cette exagération de réflexes était accompagnée du clonus du pied, clonus qui a disparu peu à peu dans le côté droit pour persister uniquement dans le gauche, en même temps que la contracture envahissait de plus en plus le membre du même côté.

Dans le cours de ces deux années, on n'a observé aucun phénomène trophique ni vaso-moteur. Pour ce qui concerne l'atrophie, à peine si elle se note et on peut l'attribuer à la longue immobilité à laquelle a été condamnée la malade.

Il résulte donc de ce qui a été exposé que, immédiatement après la blessure médullaire, il se produisit une paraplégie flasque, accompagnée dans le membre droit d'une anesthésie complète depuis le niveau de l'articulation coxo-fémorale

jusqu'aux extrémités digitales, et dans le gauche de l'hyperesthésie ; que durant la première semaine de l'accident le phénomène de l'allochirie sensorielle était absolument certain; que dans les premières semaines les réflexes profonds furent nuls, mais qu'ils revinrent plus forts en même temps que se provoquait le clonus du pied; qu'avec le temps ce dernier symptôme, complètement disparu du côté droit, se maintenait dans le gauche où la contracture a envahi le membre correspondant; que dans l'espace de deux ans la motilité a réapparu complètement dans le membre inférieur droit, tandis que dans l'opposé elle est très limitée dans le pied et les doigts; que l'anesthésie n'a pas disparu complètement dans le membre inférieur droit et qu'il n'y a aucune perturbation trophique ni vaso-motrice dans aucun des membres atteints.

Ayant ainsi complété l'histoire de cette malade, nous allons tâcher de donner quelques explications sur les symptômes observés.

Si nous acceptions la théorie primitive de Brown-Séquard de la décussation des conducteurs de la sensibilité au niveau de la moelle, il faudrait admettre que la blessure causée par la pénétration de l'arme tranchante à 6 centimètres à droite de la colonne vertébrale, produisit dans la moitié gauche de la moelle une hémisection complète, et comme conséquence, l'hémiparaplégie du même côté et l'hémianesthésie du côté opposé, et sur la moitié droite, c'est-à-dire du même côté où pénétra l'arme, seulement une lésion circonscrite au faisceau pyramidal, d'où l'hémiparaplégie du membre abdominal droit. Cette explication, en parfait accord avec tout ce qui a été soutenu autrefois par un grand nombre d'observateurs de différents pays, appuyée par les classiques expériences de Brown-Séquard, ne paraît pas être conforme avec la réalité des faits qui se sont produits dans le cas actuel ni avec ce que les expériences d'autres savants tendent à démontrer d'autre part.

En effet, en vertu de quel mécanisme l'arme qui blessa la moelle de droite à gauche a-t-elle pu respecter les cordons postérieurs de la moitié droite de cet organe et produire une hémisection complète dans la moitié gauche? Comment l'arme a-t-elle pu avoir une déviation pareille? Il faut avouer que dans ce cas cela n'a pu se produire.

On connaît dans la littérature médicale quelques cas, en particulier celui de Müller, chez lequel la blessure de la moelle s'est produite du côté opposé à la pénétration de l'arme; mais dans ce dernier cas le point d'accès de l'arme était situé à une très petite distance de la droite de la colonne et sa direction étant de droite à gauche, devait produire forcément l'hémisection de la moitié gauche de la moelle. Dans le cas de la Munoz, l'arme a pénétré depuis un point situé à 6 centimètres à droite des apophyses épineuses et dans la direction de droite à gauche; et il est logique de supposer que n'existant aucune cause pour faire dévier l'arme de sa direction primitive, celle-ci a dû blesser, en premier lieu, la moitié droite de la moelle, et avec la pointe, ou la partie plus étroite, à peine une partie de la moitié gauche de ce même organe. Quelle partie? Evidemment la partie antéro-latérale de la moitié gauche de la moelle. Si nous rappelons les circonstances dans lesquelles fut blessée cette femme, nous pouvons rétablir parfaitement les faits.

Elle fut blessée d'abord, par derrière, à l'épaule gauche et immédiatement après au point du dos que nous connaissons. A la première blessure elle a dû tourner la tête et le tronc vers le côté d'où le coup lui était porté, c'est-à-dire du côté gauche. Et c'est dans cette attitude qu'elle reçut la seconde blessure, de droite à gauche, d'arrière en avant; attitude qui rendait plus vulnérable la moitié droite de la moelle et la partie antéro-latérale de la moitié gauche. Admettant cela, on comprendra facilement que l'arme a dû produire dans la moitié droite de la moelle une hémisection complète et dans la moitié gauche intéresser uniquement la partie que la pointe a dû atteindre, c'est-à-dire, la région intéro-latérale, qui comprend le faisceau pyramidal. Avec de pareilles lésions, comment expliquer les symptômes observés? Pour cela, il suffit de rappeler les expériences de Mott[1]. Selon le neurologiste anglais, pendant que dans le côté opposé à celui de l'hémisection de la moelle, il ne se produit aucun phénomène moteur, ni sensitif, dans le côté de l'hémisection, il se développe dans le membre correspondant une hémianesthésie et une hémiparaplégie accompagnée d'allochirie sen-

[1] Frederick W. Mott. *Results of Hemisection of the spinal Cord in Monkeys. Philosophical Transactions of the Royal Society of London.* Vol. 183, 1892.

sorielle. Ces belles expériences, que garantissent le nom de l'auteur et la rigueur scientifique avec laquelle elles ont été conduites, comme aussi la publique et solennelle approbation que leur donna son illustre prédécesseur dans ces mêmes études, rend parfaitement compte des symptômes observés chez cette malade dans le membre abdominal droit, où, comme nous avons vu, il y a eu hémianesthésie et hémiparaplégie accompagnées d'allochirie sensorielle, conséquence de l'hémisection du même côté de la moelle. Quant à la paralysie du membre opposé et à la contraction qui, plus tard, s'y développa, on peut seulement l'expliquer en acceptant, comme nous l'avons établi, que la pointe du machete arriva à blesser dans la moitié gauche de la moelle le faisceau pyramidal, blessure qui a engendré dans ledit faisceau une dégénération descendante et, comme suite, la contraction du membre du même côté.

La théorie de la décussation des conducteurs de la sensibilité au niveau de la moelle, complètement détruite par les expériences du savant anglais et remise enfin par son principal propagateur Brown-Séquard, ne rencontre pas non plus d'appui solide dans l'anatomie normale ni dans la pathologique. Les fibres centripètes provenant des ganglions rachidiens en arrivant au cordon postérieur ne s'entrecroisent pas, comme le faisait supposer la théorie de la décussation, mais se bifurquent en Y se continuant avec les fibres du cordon postérieur, pour terminer après un trajet plus ou moins long par des arborisations libres dans la substance grise de la corne postérieure [1]. L'anatomie pathologique n'a pas démontré de son côté l'existence des fibres dégénérées dans le cordon postérieur opposé à l'hémisection; cependant Mott et Marinesco [2] sont arrivés à découvrir quelques cellules altérées dans la corne postérieure opposée à l'hémisection, fait qui, d'après la manière de voir du dernier de ces deux auteurs, démontrerait qu'il y a des fibres, probablement sans myéline, qui, partant d'un côté de la corne postérieure, vont se terminer à l'opposé. Mais en tout cas, on ne peut assigner à ces fibres, qu'aucun procédé n'a révélées jusqu'à présent, le rôle de transmettre à un côté de la moelle les impressions qui lui arrivent

[1] Ramon y Cajal. *Nuevo Concepto de la histologia de los centros nerviosos*, p. 13 et suivantes.

[2] G. Marinesco. *Lettres d'Angleterre* (*Semaine Médicale*, 1896).

du côté opposé, sinon la fonction hypothétique de conduire les impressions allochiriques.

Dans le cas de Munoz, nous croyons que dans l'espèce se sont vérifiées les célèbres expériences réalisées par Mott sur le singe; et la symptomatologie se serait-elle circonscrite au membre inférieur droit, nous aurions désigné le syndrome avec le nom de l'observateur anglais; mais apparaissant plus complexe et n'ayant trouvé dans la bibliographie que nous avons consultée aucun cas pareil, nous l'avons considéré comme nouveau dans la littérature neuropathologique et comme tel nous l'avons nommé.

L'ŒIL DES MÉLANCOLIQUES;

Par le Dr ALEX. ATHANASSIO,
Ancien chef de clinique mentale, médecin adjoint à l'asile d'aliénés Marcoutza (Bucarest).

La mélancolie constitue une psychose relativement rare dans nos asiles d'aliénés. Les mélancoliques ne forment, en effet, que bien à peine 8 p. 100 de la population totale des aliénés.

Nous savons l'importance clinique qu'offre l'examen de l'œil chez les paralytiques généraux. L'exploration de l'œil chez les mélancoliques, bien que ne nous présentant pas une valeur symptomatologique si grande, offre néanmoins des points intéressants qui n'ont pas été encore bien remarqués par les observateurs.

Ainsi, en considérant le regard des mélancoliques, nous l'observons abattu, triste, abaissé, souvent la paupière supérieure ferme complètement l'œil. Cet œil, tout en ne larmoyant que dans quelques rares cas, offre bien l'aspect d'un œil affecté et qui pleure.

Les paupières sont parfois rouges à leurs bords libres. Les mouvements du globe de l'œil se font difficilement, surtout les mouvements d'élévation. Cette immobilité est plutôt l'effet d'une aboulie que d'une paresse véritable. La pupille est dilatée dans la majorité des cas, bien qu'on observe des exceptions.

Les phénomènes de l'accommodation nous offrent ce caractère particulier qu'ici nous observons bien souvent le signe d'Argyll Robertson (ou de Vincent) renversé, c'est-à-dire que la pupille ne réagit pas à l'accommodation de distance, le réflexe lumineux étant complètement conservé. Ce dernier signe assez caractéristique et d'une constatation relativement facile chez une espèce de malades qui nous opposent souvent bien de la résistance pour l'examen.

En ordonnant à nos malades de regarder et fixer notre doigt à une distance de 15 à 20 centimètres : *punctum proximum*, nous n'observons aucune contraction de la pupille, leur disant ensuite de regarder au loin, par exemple dans la cour, *punctum remotum*, la pupille ne réagit pas, elle ne se dilate pas, reste immobile, presque invariable.

Cette immobilité de la pupille n'existe pas si nous soustrayons l'œil à l'influence de la lumière en le cachant avec notre main ou en le fermant par l'abaîssement de la paupière supérieure ; si ensuite nous l'exposons brusquement à la lumière en l'ouvrant, la réaction pupillaire de resserrement consécutif à une dilatation antérieure est bien manifeste.

Donc, l'*abolition du réflexe accommodateur et la persistance du réflexe lumineux méritent de figurer dans la symptomatologie de la mélancolie.*

Comment expliquer ce fait? Nous savons que ce qui domine dans la psychose mélancolique c'est l'*aboulie,* comme dans le phénomène de l'accommodation à distance la volonté intervient d'une façon notable pour sa production il s'ensuit bien naturellement que cette accommodation soit donc abolie ou au moins diminuée ; le contraire a lieu pour le réflexe lumineux qui est un phénomène bien plus physique et physiologique et en dehors de la volonté du malade. Le phénomène de l'accommodation à distance est déjà un acte psychologique et volontaire.

Nous observons encore que le tonus oculaire est légèrement augmenté dans le cas de mélancolie avec stupeur et dans quelques cas de mélancolie anxieuse.

L'exploration ophtalmoscopique nous a montré de même plusieurs fois chez les mélancoliques avec stupeur le champ rétinien d'une coloration jaunâtre probablement due à une anémie ou plutôt à un œdème de la rétine. Les vaisseaux veineux de la pupille sont dilatés, les artères peut-être un

peu rétrécies. La papille du nerf optique est normale, on n'observe pas d'excavation ou autre déformation.

La détermination de l'étendue du champ visuel laisse bien à désirer, à cause des difficultés que nous rencontrons dans son exploration chez des malades qui sont bien obstinés dans leur mutisme ou qui ne nous donnent que de rares réponses, souvent fausses et suggestionnées par nos demandes. Chez les quelques malades où nous avons pu obtenir des réponses, le champ visuel a été normal ou rétréci d'une façon insignifiante.

Le champ du regard est modifié, ainsi l'œil regarde fixement d'une façon atone, dirigé surtout en bas, les mouvements de latéralité se font avec lenteur, le mouvement d'élévation se fait aussi comme nous l'avons vu, avec beaucoup de lenteur, le mouvement d'abaissement de l'œil est prédominant et permanent. Le sens des couleurs a été trouvé normal.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

LXI. **Myopathie primitive et progressive avec autopsie** (*Forme tardive; type huméro-scapulo-facial*); par Sabrazès et Brengues. (*Nouv. Iconogr. de la Salpétrière*, n° 1, 1899.)

Homme de cinquante-huit ans, avec antécédents personnels et héréditaires tuberculeux. Est atteint d'atrophie musculaire parvenue à un degré extrême et ayant débuté à l'âge de vingt ans, par le bras droit. Cette atrophie a gagné successivement et lentement, le bras gauche, les avant-bras, les membres inférieurs, la face, le thorax et l'abdomen. Le malade succombe aux progrès de la phtisie, parvenu à un état d'émaciation squelettique. L'autopsie montre une véritable destruction d'un grand nombre de muscles; les grands pectoraux, les biceps, les brachiaux antérieurs, etc., sont réduits à quelques tractus aponévrotiques; les muscles superficiels sont amaigris. Les racines nerveuses et les prolongements périphériques jusque dans les muscles atrophiés, les tissus cérébral et médullaire ont conservé leur aspect, leur consistance, leur constitution normaux. Au microscope, les cellules des cornes antérieures apparaissent rapetissées, les débris de fibres musculaires

ont l'apparence de feuilles de membranes hydatides et présentent à la coloration les signes de la dégénérescence polychromatophylique des globules sanguins ; les terminaisons nerveuses dans ces débris musculaires sont dépourvues de bouton. R. CHARON.

LXII. L'hydrocéphalie et l'hydromyélie comme causes des différentes difformités congénitales du système nerveux central ; par Nicolas SOLOVTZOFF. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1899.)

Poursuivant ses recherches sur les difformités congénitales du système nerveux central, l'auteur présente quatre nouvelles observations de cas tératologiques rares dans lesquels l'analyse macro- et microscopique paraît reconnaître comme cause immédiate, non pas un arrêt de développement, mais une hydrocéphalie interne avec hydromyélie dans deux cas.

La cause de toutes ces difformités est l'hydropisie des ventricules latéraux et du canal central de la moelle épinière. L'accroissement énorme du liquide céphalo-rachidien à l'époque de la vie intra-utérine rompt mécaniquement quelques unes des vésicules cérébrales, entrave la formation d'une partie correspondante du cerveau et même du crâne, si les cinq vésicules sont atteintes d'hydropisie simultanément.

L'étiologie et la pathogénie trouvent leur explication dans les révélations du microscope, qui dénotent dans tous les cas toutes les lésions fines de l'artérite chronique.

De cette artérite chronique, entraînant des néo-formations vasculaires, résulte la déformation des éléments nerveux, l'exsudation du liquide lymphatique dans le cerveau et la moelle. L'auteur pense que cette artérite généralisée dépend de la syphilis et conclut que toutes les difformités congénitales du système nerveux central ont pour cause la syphilis héréditaire. R. CHARON.

LXIII. Trois cas d'ataxie cérébelleuse héréditaire dans la même famille ; par G. ROSSOLIMO. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1899.)

Les observations de cas multiples de cette affection, suivis en même temps dans la même famille, sont encore très rares. L'auteur a eu l'occasion de rencontrer deux frères et une sœur présentant l'ensemble symptomatique qui caractérise la maladie de Marie et d'en faire une analyse clinique minutieuse. Le tableau classique décrit par Marie se retrouve intégralement dans tous les cas, mais rehaussé de quelques touches qui constituent probablement la *marque de famille*, sur laquelle l'auteur appelle particulièrement

l'attention (distribution particulière de l'affection des muscles des globes oculaires atteignant les droits internes et obliques supérieurs, le développement considérable de la musculature des membres inférieurs, les phénomènes pathologiques ayant précédé l'éclosion de l'ataxie héréditaire : traumatisme, affection fébrile, masturbation forcée.) R. CHARON.

LXIV. **Le syndrome de Little et la syphilis héréditaire**; par TOMMASI DE AMICIS. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1899.)

Père et mère syphilitiques, ayant eu, avant l'infection, trois enfants bien portants. Au cours des accidents spécifiques, la mère fait trois avortements après lesquels elle est soumise à un traitement mercuriel et termine une nouvelle grossesse par un accouchement normal. L'enfant présente dès sa naissance de la rigidité spasmodique des membres inférieurs qui s'accentue progressivement sans s'accompagner d'aucun autre trouble physique ou intellectuel. R. CHARON.

LXV. **Polynévrite et polyomyélite**; par le professeur RAYMOND. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1899.)

Leçon clinique fort intéressante tendant à répandre cette notion encore peu connue : « Une paralysie grave, plus ou moins généralisée, à marche aiguë ou subaiguë, accompagnée de douleurs spontanées ou provoquées, souvent très vives et de bien d'autres manifestations pénibles ou inquiétantes, aboutissant à une atrophie musculaire plus ou moins prononcée, à des rétractions tendineuses irrémédiables, peut être l'expression d'une simple névrite périphérique et d'une névrite radicalement curable. » Autrefois et souvent encore aujourd'hui cet ensemble symptomatique était mis sur le compte d'une myélite. Les conséquences de cette erreur peuvent être des plus regrettables et le point de diagnostic différentiel établi par le maitre de la Salpêtrière est des plus importants. R. CHARON.

LXVI. **Maladie de Thomsen à forme fruste et avec atrophie musculaire**; par E. NOGUÈS et SIROL. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1899.)

Observation d'un cas délicat pouvant en imposer pour la myopathie primitive progressive. Quelques détails du tableau symptomatique judicieusement mis en relief, ont permis aux auteurs d'affirmer le diagnostic de maladie de Thomsen. R. CHARON.

LXVII. **Symptômes de myxœdème au début chez une femme antérieurement atteinte de goitre exophtalmique**; par le Dr Gautier. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1898, n° 11.)

Le développement du myxœdème après la maladie de Basedow a été observé plusieurs fois dans ces dernières années. Chez la malade qui fait l'objet de ce travail l'apparition des symptômes myxœdémateux, quelques mois après la guérison d'une maladie de Basedow, paraît avoir coïncidé avec une atrophie fibreuse de la glande thyroïde. On s'explique ainsi qu'une insuffisance de la fonction thyroïdienne ait succédé chez elle à une excitation de la même fonction. Le traitement thyroïdien a, du reste, enrayé chez cette malade le développement des antécédents myxœdémateux.

G. D.

LXVIII. **Sur un cas d'hydrocéphalie hérédo-syphilitique**; par le Dr Audeoud. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1899, n° 1.)

Observation d'un enfant, issu d'une mère syphilitique, qui, quatre mois après sa naissance, fut atteint d'un coryza, de syphilides maculeuses et de plaques muqueuses. Ces accidents disparurent sous l'influence de l'iodure et du mercure. A l'âge de quatre mois se montrèrent les symptômes d'une hydrocéphalie (augmentation du volume de la tête, nystagmus, perte de l'intelligence, etc.), qui guérit au bout d'un an grâce au traitement spécifique.

G. D.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

XI. **Un cas de tic rotatoire guéri par la psychothérapie**; par M. van Nenterghem. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 11.)

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans qui était atteint d'un spasme des muscles sterno-mastoïdien et trapèze du côté droit. Tous les moyens de traitement, y compris l'élongation du nerf spinal, ayant échoué, on eut recours à des séances de suggestion pratiquées à l'état de veille et pendant le sommeil hypnotique, et le malade fut complètement débarrassé de son infirmité.

G. D.

XII. **Autothérapie psychique. Le recueillement. Utilisation de l'élément affectif** ; par M. P. Lévy. (*Presse médicale*, 8 octobre 1898.)

La psychothérapie tout entière repose sur le principe suivant : toute idée acceptée par le cerveau tend à se faire acte : toute idée est un acte à l'état naissant (Bernheim, Liébault). Elle comprend un ensemble de procédés qui permettent d'exercer, par la seule direction imprimée à l'élément esprit, une action, souvent extrêmement puissante, soit sur les troubles psychiques, soit sur les troubles physiques. Ces procédés se divisent en deux grands groupes, suivant qu'ils sont mis en œuvre par une personne autre que le sujet ou par le sujet lui-même ; ce sont l'hétéropsychothérapie, d'une part, avec l'hypnotisme et l'hétéro-suggestion comme procédés fondamentaux ; l'autopsychothérapie, d'autre part, dont l'auto-suggestion verbale, sans préparation, à l'état de veille, est l'élément le plus simple. L'autopsychothérapie, moins puissante que l'hétéropsychothérapie, mérite cependant d'être utilisée ; l'auteur en a fait la base d'une éducation rationnelle de la volonté.

L'action de l'autosuggestion verbale peut être renforcée par divers moyens. M. Lévy consacre son travail à l'étude de deux d'entre eux, le recueillement et l'utilisation de l'élément affectif. Par le recueillement, état analogue à l'état de « charme » de Liébault, le sujet met à profit l'augmentation du degré de suggestibilité qui se produit chez lui dans un sommeil naturel léger. Ce sommeil léger est facile à obtenir, à n'importe quel moment, en s'isolant, en plaçant ses muscles dans un relâchement aussi complet que possible, et en concentrant toute son attention sur l'idée de dormir. Le sujet se trouve alors dans un état analogue au demi-sommeil du soir, quand on commence à dormir, ou du matin, quand on commence à s'éveiller. En s'isolant de tout ce qui peut amener la distraction des sens, il met en disponibilité la somme d'attention, auparavant consacrée à la production de sensations, de mouvements et d'idées. Que cette attention, ainsi rendue disponible, rencontre une idée sur qui elle puisse s'accumuler, et cette idée ainsi renforcée, verra s'augmenter, dans une très large mesure sa puissance de réalisation. Dans le recueillement, la concentration de l'esprit est dirigée sur les suggestions que le sujet se fait. Ces suggestions, celui-ci les formule mentalement ou de préférence à voix haute ou demi-haute, les matérialisant pour ainsi dire, à l'occasion, par des attouchements ou des frictions de la région souffrante. Si léger que soit le sommeil, l'esprit sera toujours capable d'une concentration plus grande qu'à l'état de veille. La répétition de ces exercices de sommeil léger et d'auto-suggestion facilite cette concentration et donne aux suggestions une plus grande efficacité.

Le deuxième moyen de renforcer l'auto-suggestion, étudié par l'auteur, réside en l'utilisation de l'élément affectif. Le sujet cherche à se rendre maître de ses émotions, de ses sentiments, de quelque nature qu'ils soient, à les arrêter, à les provoquer, ou à les faire dévier de leur cours normal, de façon à endiguer, pour ainsi dire, l'énergie, la force nerveuse qu'ils représentent et qui, sans cela, resterait le plus souvent inutilisée ou même se transformerait en actes nuisibles. Cette énergie, ainsi endiguée, pourra être utilisée dans un but thérapeutique d'ordre physique ou psychique et servir à renforcer des idées, des suggestions préalablement choisies.

A. FENAYROU.

XIII. Trépanation dans l'épilepsie.

Le Central Blatt für Nervenheil kunde und psychiatrie de janvier dernier, à propos du compte rendu de la thèse de notre collaborateur M. Bellay, intitulé : *Essai sur le traitement chirurgical de l'épilepsie*, fait la remarque suivante : « Les résultats furent naturellement mauvais, *ce qui ne surprendra aucun neurologiste, en Allemagne.* » Il ressort de cette citation que dans ce pays, la trépanation comme traitement de l'épilepsie, n'est pas en grand honneur.

XIV. **Médication thyroïdienne**; par R. HUTCHINSON et William Mac LENNAU. (*Britsh medical journal*, juillet 1898.)

Ce sont deux articles distincts, le premier au point de vue général et pharmaceutique, l'autre plus spécialement clinique et concernant l'action de la thyroglandine dans l'obésité et myxœdème. Dans les mêmes numéros de juillet, deux cas de *médication séro-antitoxique* pour le tétanos, par Hale et B. Margon. A. MARIE.

XV. **Trépan et épilepsie traumatique**; par Crawford RECTON. (*Quaterley Medical journal*, juillet 1898.)

L'auteur relate quatre cas d'épilepsie Jacksonnienne. Le trépan a servi à l'évacuation de collections sanguines récentes et la *plaque osseuse a été remise en place*, pratique constante que préconise l'auteur et qui distingue absolument son opération de la craniotomie. Il recommande l'examen préalable des urines pour éviter d'opérer des malades en puissance d'accidents inflammatoires. A. M.

XVI. **Myopathie primitive. Examen électrique. Amélioration par le suc musculaire**; par Félix ALLARD.

Histoire clinique d'une myopathie primitive progressive chez un enfant de 10 ans, et notablement améliorée par des injections de

liquide musculaire obtenu par une macération au 5e. Chose remarquable, l'amélioration porte surtout sur les muscles les plus gravement atteints.

La coexistence chez le malade des troubles trophiques musculaires et de certaines malformations congénitales (hernie inguinale, ectopie testiculaire) vient à l'appui de l'hypothèse souvent soutenue par M. Brissaud, à savoir que les atrophies musculaires peuvent être, comme les arrêts de développement, commandées par une altération des centres trophiques remontant à la période fœtale. (*Revue neurologique*, oct. 1898.) E. B.

XVII. Chirurgie chez les femmes aliénées au Canada;
par le Dr Bucke.

Les affections utéro-ovariennes sont susceptibles d'intervenir comme cause dans la folie et, dans un certain nombre de cas leur guérison peut amener la disparition du trouble mental. Les statistiques de l'auteur apportent une contribution intéressante à l'histoire des opérations chirurgicales chez les aliénées. Sur 16 hystérectomies, il y eut 4 guérisons du trouble mental et 3 améliorations;

Sur 12 ovariotomies, il y eut 7 guérisons du trouble mental et 4 améliorations;

Sur 22 redressements de l'utérus, il y eut 4 guérisons du trouble mental et 9 améliorations;

Sur 30 opérations relatives au col de l'utérus, principalement des amputations, il y eut 12 guérisons du trouble mental et 9 améliorations;

Sur 21 curettages de l'utérus, il y eut 12 guérisons du trouble mental et 2 améliorations;

Enfin sur 8 opérations pour des lésions vaginales, il y eut seulement 3 améliorations du trouble mental.

Les affections des ovaires, du col utérin et de la muqueuse utérine paraissent donc avoir dans la production des troubles mentaux un rôle plus actif que les autres affections utéro-ovariennes, puisque leur guérison a été plus fréquemment accompagnée de la guérison ou de l'amélioration du trouble mental. (*American journal of insanity*, juillet 1898.) E. B.

XVIII. Trois cas de pollakiurie psychopathiques guéris par suggestion; par J. Crocq. (*Journ. de neurologie*, 1898, n° 24.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Xe Session. — *Marseille, avril* 1899.

La première séance du Congrès de Marseille s'est ouverte mardi, à 10 heures, sous la présidence de M. le Dr Flaissières, maire de Marseille, au Pharo, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de Médecine. M. Floret, préfet des Bouches-du-Rhône, M. Cossac, procureur de la République, M. le Dr Livon, directeur de l'Ecole de Médecine, M. Drouineau, inspecteur général des Asiles, M. le Dr Doutrebente, président du Congrès, et M. le Dr Boubila, secrétaire général, sont assis au bureau. Un grand nombre de médecins et de notabilités de la ville sont venus souhaiter la bienvenue aux congressistes. Dès l'ouverture de la séance, M. Flaissières, maire de Marseille prononce le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

J'ai le très grand honneur d'ouvrir la dixième session de votre Congrès. Vous vous êtes réunis plus nombreux que jamais ; chacun d'entre vous apporte une égale volonté à contribuer à l'œuvre commune. Vous venez apporter à l'édifice scientifique le résultat loyal de vos recherches patientes, éclairées. Vous proposerez à l'examen critique de tous, le fruit de vos travaux personnels, de votre expérience de chaque jour, et, avec ce désintéressement absolu dont s'honore la science, vous aurez ajouté de nouvelles et précieuses formules destinées à combattre, à vaincre la maladie.

Vous, messieurs les médecins neurologistes vous étudiez et soignez les maladies nerveuses qui n'altèrent pas, du moins en apparence, l'état intellectuel et mental de l'individu. Vous aurez, sans doute, apporté un contingent important à l'œuvre du Congrès. Ample doit être, en effet, pour vous la moisson, en cette fin de siècle dont le surmenage ne sera pas un des moindres caractères se traduisant par une infinité de formes au milieu de conditions sociales multiples ! Mais combien j'ai hâte d'ajouter que l'impor-

tance que vous avez prise dans le tournoi scientifique est due à d'autres causes que la multiplicité des sujets que vous étudiez et que vous soignez ! Votre haute valeur fait l'admiration des savants ; elle inspire aux malheureux malades la confiance et l'espoir ; c'est avec joie que je rends hommage aux praticiens éminents, aux professeurs déjà célèbres qui représentent, avec tant d'autorité, la neurologie et que je vois prenant part à votre Congrès.

Vous avez su, chers confrères et maîtres, pénétrer les secrets restés si longtemps insondables des maladies du cerveau et de la moelle. Il n'est pas un symptôme que vous n'ayez analysé, auquel vous n'ayez donné sa nette et véritable signification. Vous avez pénétré avec la micrographie dans les molécules elles-mêmes des organes qui font l'objet de vos études, vous vous êtes approprié bien promptement, pour les appliquer à la guérison des maladies, toutes les découvertes de la physiologie. Et, qui pourrait affirmer que vos savantes inductions n'ont point, à leur tour, servi de guide à la physiologie elle-même dans son évolution et éclairé bien des points obscurs dont se trouve parsemée cette science des phénomènes mystérieux de la vie ? Aussi suivez-vous avec sûreté la voie qui vous est tracée ; aussi voyons-nous chaque jour la précision se substituer à l'à-peu-près dans votre diagnostic, tandis que vous fixez judicieusement les indications du traitement, faisant ainsi succéder la période rationnelle à la période du tâtonnement et du hasard.

Au surplus, si le fonctionnement normal du cerveau et de la moelle, si les maladies de ces organes recèlent encore quelques problèmes non résolus, si en raison d'une science incomplète, l'homme doit subir encore, sans défense utile, certains assauts de la maladie, l'union des médecins neurologistes et aliénistes, dans une étude commune, hâtera certainement la solution favorable.

Votre ardeur à chercher la vérité, Messieurs les médecins aliénistes, est égale à celle de vos collaborateurs, et je salue ici, à la fois, les savants, les hommes de cœur dont les fonctions constituent un véritable sacerdoce, et qui honorent autant l'humanité par leur dévouement, leur abnégation, qu'ils honorent la science par l'éclat de leur savoir ou de leur enseignement.

Est-il rien de plus triste, de plus digne de pitié, que le sort des malheureux que vous recevez dans vos asiles ? Mais est-il rien de plus admirable, de plus consolant, que la sollicitude dont vous les entourez ? Combien nous sommes loin, par la science, des conceptions erronées que se faisaient de l'aliénation mentale, ou les anciens qui l'attribuaient aux dieux, ou les populations du Moyen Age terrorisées par les visions de l'*au-delà* et qui la mettaient sur le compte du diable ! Combien aussi, nous sommes loin, et heureusement, des méthodes de traitement, inertie ou tortures inspirées par de telles conceptions ! A Pinel, à Esquirol, à Aubanel, à Sauze,

à leurs disciples, la reconnaissance des générations qui les suivront.

Honneur à vous, Messieurs, qui continuez l'œuvre de science et d'humanité ! Merci pour ceux auxquels votre expérience éclairée rend quelquefois la raison, merci plus encore pour ceux que la maladie, la maladie implacable a frappés pour jamais, devenus objets inertes, repoussants ou redoutables, et auprès desquels votre inépuisable bonté se manifeste comme un suprême témoignage de la solidarité dans la souffrance humaine...

Et voilà pourquoi, Messieurs, au nom de la généreuse population de Marseille, éprise de tout ce qui est beau et grand, je suis heureux de vous souhaiter la bienvenue parmi nous !

M. DOUTREBENTE répond, dans le discours suivant très apprécié et coupé par de nombreux applaudissements :

Mesdames, Messieurs,

Le premier devoir du président du 10e Congrès de Médecine mentale et de neuropathologie est de remercier, en votre nom, le président du congrès d'Angers, M. le Dr Motet, qui après avoir dirigé vos travaux l'an dernier avec tant de tact, de dignité et de charme, a bien voulu étendre son action tutélaire à la préparation et à l'organisation du Congrès actuel.

Je n'ignore point que de tels précédents sont redoutables et faits pour intimider les plus vaillants ; j'en fais aujourd'hui l'expérience.

Appelé par vos suffrages à prendre la situation où M. le Dr Motet a bien voulu me conduire et m'installer de sa main à l'étreinte loyale et quasi paternelle, j'ose m'inspirer des exemples et des conseils dont il fut prodigue à mon égard, en toute circonstance, depuis trente années.

Pénétré de l'idée qu'on peut lui succéder sans songer à le remplacer, je me résigne à tenir le rôle modeste et relativement facile d'un élève respectueux de la tradition et des exemples du maître incomparable dont vous appréciez tous les relations aussi agréables que sûres et cordiales.

Que si, jusqu'à présent, nos Congrès annuels ont réussi au delà de toute espérance, une grande part vous en revient assurément mes chers collègues ; mais vous n'ignorez pas et j'estime avec vous, que la réussite a toujours été préparée et assurée par les dévoués secrétaires généraux que furent MM. Parant, Régis, Giraud, Hospital, Mabille, Vernet et Petrucci.

Il en sera de même à Marseille où votre président a eu la bonne fortune de rencontrer, comme secrétaire général, un excellent confrère et ami de la veille, le Dr Boubila ; il savait, en effet, qu'il

pouvait en toute sécurité escompter à l'avance, son activité, son intiative, son influence locale, que le temps et l'ancienneté des services rendus, dans le même lieu, procurent à ceux, qui comme lui dévoués à leurs malades et aux intérêts de notre corporation, contribuent aussi à en relever le niveau moral par la dignité de leur vie.

Dans chaque région, nous avons toujours trouvé l'indispensable cheville ouvrière du congrès, le secrétaire général ; mais il est encore un élément de succès chaudement apprécié et que nous savions également exister à Marseille ; je fais allusion, Mesdames, au rôle gracieux que vous savez si bien tenir dans nos congrès et que vous tiendrez ici avec le concours précieux de Mme Boubila dont je signale respectueusement la présence à cette séance d'inauguration.

Je ne sais, mes chers collègues, si vous avez souvenance d'un toast porté, en un précédent congrès, à la maîtresse du médecin. Vous vous rappelez certainement combien fut grande notre anxiété pendant quelques minutes et avec quels soupirs de soulagement nous accueillîmes le nom de cette maîtresse, c'était *la Science*, c'est qu'on pouvait s'y tromper, on nous en connaît au moins une autre avec laquelle Puissants et Humbles, doivent aujourd'hui compter sinon flirter, c'est *la Presse*.

Disons tout de suite qu'elle nous fût toujours fidèle, qu'elle a constamment pris soin d'annoncer nos congrès, de publier tous les documents et les renseignements dont les congressistes pouvaient avoir besoin et qu'enfin, sans mesurer jamais le nombre et l'étendue des communications, elle en a publié des comptes rendus aussi attrayants qu'impartiaux.

Nous comptons sur vous, Messieurs de la Presse, comme vous pouvez compter sur tous les membres du bureau pour vous faciliter les devoirs pénibles de votre profession, devoirs qui se continuent souvent aux heures où vous auriez bien le droit de vous distraire ou reposer.

Mesdames, Messieurs,

Marseille n'est pas seulement la grande ville, la métropole industrielle et commerciale où se font les grands échanges économiques des produits récoltés ou manufacturés dans le nouveau et l'ancien continent, le Nord et le Midi, l'Orient et l'Occident ; c'est aussi la ville antique, riche en gloire et en souvenirs historiques, où les arts, les sciences et les lettres sont cultivés avec un soin jaloux. Je n'en veux pour preuve que l'empressement que tous ici, administrateurs, médecins ou corps élus ont mis à accueillir les congrès scientifiques de l'avancement des sciences en 1891, de gynécologie en 1898 et le nôtre enfin en 1899.

C'est qu'en effet, à Marseille, sans parler plus longtemps de ce

qui n'est pas relatif à notre spécialité, nous trouvons dans le passé et le présent des hommes de science, dont le savoir et le dévouement ont contribué dans une large part à l'extension de notre domaine scientifique et à l'amélioration du sort des aliénés.

Aubanel et Sauze, parmi ceux qui ne sont plus, attirent tout d'abord l'attention et s'imposent à nos souvenirs.

Aubanel, né à Auriol (Bouches-du-Rhône) le 4 novembre 1811, étant fils et petit-fils de médecin vint habiter Paris en 1833 pour y étudier la médecine; interne des hôpitaux en 1836, il sollicita et obtint une place d'interne à Bicêtre dans le service de Ferrus, à l'époque où l'enseignement du maître était recherché par un grand nombre d'élèves, qui devinrent plus tard les chefs de service dans les asiles d'aliénés de France dont Ferrus a dirigé et surveillé la création ou la réorganisation.

Initié par Ferrus à la pratique des maladies mentales, Aubanel fut en 1840 nommé médecin adjoint du Dr Guiaud, qui seul jusqu'alors avait été chargé du service médical des hospices Saint-Lazare et Saint-Joseph, où étaient placés les aliénés de Marseille et des environs.

La comparaison entre la condition des aliénés à Bicêtre et à la ferme Sainte-Anne avec ce qu'elle était aux hospices Saint-Lazare et Saint-Joseph, fut des plus pénibles pour Aubanel; il en fut révolté, indigné, et fut cependant assez heureux pour décider l'administration des Bouches-du-Rhône à la création de l'asile Saint-Pierre. Le Dr Guiaud ayant pris sa retraite, Aubanel fut nommé médecin en chef du nouvel asile en 1843 et même, par suite de la terreur qu'inspirait au directeur Domadieu, le transfert des aliénés d'un établissement à l'autre, Aubanel fut directeur intérimaire pendant la période d'installation, et ce n'est qu'après avoir tout prévu, tout organisé et mis en marche, qu'il demanda lui-même à être relevé de ses fonctions de directeur en faveur d'un homme qui sut s'inspirer de son exemple et de ses conseils.

En récompense de ses éclatants services, Aubanel était nommé chevalier de la Légion d'honneur en 1852; secrétaire, puis président de la Société de médecine de Marseille, il fut encore placé à la tête du Comité médical des Bouches-du-Rhône, une œuvre de bienfaisance en faveur des médecins éprouvés par des revers de fortune ou la maladie. Pour cette œuvre Aubanel se dépensa largement; il en était pendant sa vie le bienfaiteur anonyme et pour que le bien qu'il avait fait fût continué après lui, il légua à ce comité médical une somme de 4.000 francs.

Les dernières années d'Aubanel furent pour lui terribles et particulièrement douloureuses, il eut le malheur de voir successivement mourir ses deux filles, ce dont il demeura inconsolable. Enfin, une plainte en séquestration arbitraire faite contre lui par un médecin de Marseille vint mettre le comble à ses chagrins. Un instant

Aubanel sembla se raidir contre la mauvaise fortune, il porta la question devant le Conseil d'État qui, après en avoir délibéré, mit la haute honorabilité d'Aubanel en dehors de toute atteinte. Le 23 janvier 1863, Aubanel, âgé de cinquante-deux ans seulement, fut emporté par une hémorrhagie cérébrale foudroyante.

Mme Aubanel, en souvenir de son mari, a fondé sous ce nom un prix triennal à la Société médico-psychologique de Paris. Si j'ai exposé aussi rapidement la vie d'Aubanel, c'est à contre-cœur ; car rien ne me paraissait plus facile à faire que l'éloge du savant, de l'homme de bien et du fonctionnaire idéal, imbu des principes éternels de vérité, de justice et de solidarité humaine; mais il m'a semblé que ce qui avait été fait et d'une façon si complète et si remarquable, une première fois à Marseille en 1863 par Dr Barthélemy et une seconde fois à Paris, en 1876, par M. le Dr Motet, parlant au nom de la Société médico-psychologique, ne devait plus être tenté sans porter atteinte au souvenir « d'une existence faite tout entière de volonté patiente, d'honnêteté, de droiture, où les vertus domestiques transportées de la vie privée dans la pratique de la médecine, semblent avoir également servi à se bien conduire et à travailler bien ». (Motet, *Éloge d'Aubanel.*)

Le Dr Thore, un ami de la première heure, a publié, lui aussi, une esquisse nécrologique et une étude sur les travaux scientifiques d'Aubanel, elle a paru en 1863 dans les Annales médico-psychologiques ; on y trouve avec des considérations d'ordre supérieur des indications pratiques en matière de médecine légale des aliénés.

Parmi les collaborateurs d'Aubanel, nous trouvons le Dr Sauze, bien connu des médecins aliénistes de notre génération. Sauze (Jehain-Victor-Alfred), est né à Marseille, le 16 janvier 1828 ; son père, homme d'une grande érudition, était chef de division à la préfecture ; il consacrait ses loisirs à l'éducation et à l'instruction de son fils, qui termina ses études secondaires au lycée de Marseille.

A vingt-quatre ans, Sauze, après de brillants examens, obtenait son diplôme de docteur à la faculté de médecine de Paris et était en 1852 nommé médecin adjoint à l'asile Saint-Pierre; il ne fut nommé médecin en chef que dix-sept ans plus tard, c'est-à-dire en 1869, à l'époque où il s'était créé à Marseille une brillante situation comme médecin des prisons, des postes, des douanes, et comme secrétaire de la Société de médecine de Marseille.

L'administration centrale, en le nommant un jour directeur-médecin de l'asile de Châlons, lui donna l'occasion de se rendre indépendant en abandonnant la carrière pour laquelle il était si bien préparé.

Placé en congé illimité, il eut la générosité, pour déférer aux désirs de l'administration, de faire pendant plusieurs années un service quotidien au quartier des femmes de l'asile Saint-Pierre.

Pourvu du titre de médecin honoraire des asiles d'aliénés, Sauze, qui n'avait jamais voulu quitter Marseille, où il était né et où il s'était marié, fondait en 1876, au Canet, la première maison de santé consacrée au traitement des maladies mentales et nerveuses; son initiative et ses efforts furent couronnés de succès bien légitimement acquis.

En 1878, Sauze devint adjoint au maire de Marseille en raison de l'estime et de la considération générale dont il jouissait dans sa ville natale, exception louable et toute en sa faveur. Les publications scientifiques de Sauze, trop longues à énumérer et étant d'ailleurs bien connues de vous, mes chers collègnes, j'ai tenu à vous en éviter la lecture; je me contenterai de vous indiquer que les faits observés par Sauze et les remarquables considérations, cliniques qui les accompagnent sont de toute actualité, puisqu'il s'est particulièrement préoccupé des rémissions déconcertantes qui surviennent dans le cours de la paralysie générale confirmée et surtout des paralysies progressives avec ou sans délire qu'on observe de préférence dans la clientèle de ville et les hôpitaux ordinaires, ajoutons enfin que son mémoire sur la stupidité publié en 1854, contient en substance ce qui paraît aujourd'hui sous le nom de confusion mentale.

Le Dr Sauze mourait prématurément en 1884, à l'âge de cinquante-six ans, entouré de l'estime de ses concitoyens, de ses confrères de Marseille et de tous les aliénistes de Paris et de la province; l'homme privé a laissé des souvenirs inoubliables et des amitiés non encore lassées ainsi que me l'a écrit le Dr Audiffrent et me l'ont affirmé tant d'autres, qui m'ont vanté l'aménité de son caractère, son esprit cultivé et primesautier et enfin ses sentiments exquis de bonne confraternité.

Il ne reste pas seulement de Sauze des travaux scientifiques, amis fidèles, il reste mieux encore, il reste des souvenirs et des témoignages vivants, des parents, une fille, en tout point digne d'un tel père et mariée à un grand industriel, chevalier de la Légion d'honneur, bien connu et hautement apprécié dans le tout Marseille; c'est un remarquable représentant de cette caste, la seule admissible de nos jours, la caste des hommes utiles.

Dois-je encore vous dire, mes chers collègues, qu'avec des savants comme le regretté Prosper Despine, on retrouve à Marseille un élève direct et favorisé qu'Auguste Comte enleva à l'École polytechnique pour lui faire étudier la médecine; j'ai nommé le Dr Audiffrent.

Vous parlerais-je du Dr Lachaux, un de nos doyens, élève de Morel, dont ce dernier me parlait souvent et qu'il avait en grande estime; son fils, ancien interne des asiles de la Seine, a consenti à prendre dans le comité d'organisation les ingrates fonctions de trésorier. Je vous livre leurs noms en vous souhaitant de les connaître

pendant votre séjour à Marseille. Je n'oublie point le Dr Grenier, qui, malade et alité, m'a exprimé tout le chagrin qu'il avait de ne pas suivre vos travaux ; au nom de l'Association des anciens internes des asiles de la Seine, je lui adresse les vœux les plus sincères pour le prompt rétablissement de sa santé.

Je devrais peut-être aussi vous signaler tous nos confrères de Marseille qui forment au comité d'organisation une escorte nombreuse, utile, précieuse et fort enviable ; mais je ne veux pas plus longtemps mettre votre patience à contribution.

Monsieur le Maire,

Nous ne pouvons pas aujourd'hui, dans un congrès médical, oublier que le maire de Marseille est un médecin, un confrère ; nous savons tous qu'il apporte dans l'exercice de ses fonctions municipales, avec les sentiments humanitaires, dont tout médecin est imprégné, une grande élévation d'esprit, un grand amour de la justice et qu'il s'efforce de réaliser les idées prédominantes actuelles : *la recherche du mieux dans l'amélioration du sort de chaque citoyen.*

Ces idées sont les nôtres, Monsieur le Maire, et nous les appliquons aux plus deshérités, aux plus incapables, aux êtres privés du plus noble de nos attributs, la Raison.

Au nom du comité d'organisation et des membres du congrès, nous vous prions, Monsieur le Maire, de recevoir et de faire agréer aux conseillers municipaux de Marseille notre salut cordial et nos sentiments de gratitude pour les témoignages d'intérêt que nous avons reçu par votre généreuse intervention.

Monsieur le Préfet,

Je ne saurais trop vous remercier de l'empressement que vous avez mis à nous faciliter l'organisation du Congrès actuel et de l'accueil bienveillant que vous avez bien voulu faire au président du congrès lorsqu'il vint à Marseille tâter le terrain, prendre pied et entrer en relation avec les membres du comité d'organisation ; vous avez aplani, par votre intervention, nombre de difficultés et consenti, malgré la précipitation de nos démarches, à nous appuyer et à rendre possible une tâche qui, tout d'abord, paraissait au-dessus de nos forces.

La plupart d'entre nous, venus de tous les points du territoire français, sont des fonctionnaires dévoués aux institutions qui nous régissent et sont très honorés de saluer en vous le représentant du gouvernement de la République dans le département des Bouches-du-Rhône.

Monsieur le Président du Conseil général,

Nous avons la mission bien agréable de vous exprimer notre

gratitude pour la gracieuse et importante subvention qui nous a été allouée par le Conseil général ; cette délicate attention nous démontre que vous vous intéressez aux travaux que nous poursuivons en commun, l'amélioration du sort des aliénés.

Recevez donc nos remerciements et veuillez faire agréer aux conseillers généraux du département l'hommage respectueux des membres du congrès.

Monsieur l'Inspecteur général,

Monsieur le Ministre de l'Intérieur, qui s'intéresse toujours à nos travaux, vous a désigné cette année pour le représenter à Marseille, comme il l'avait déjà fait pour les congrès de la Rochelle et de Toulouse.

Nous sommes enchantés de vous revoir au milieu de nous, cher monsieur Drouineau, toujours aussi actif, prêt à partager nos travaux et à nous prodiguer les bons conseils et les encouragements.

Et vous tous, mes chers collègues, adhérents du Congrès, au nom du Comité d'organisation, recevez toutes nos félicitations ; merci d'avoir répondu à notre appel, d'avoir compris qu'avec l'intention bien arrêtée de travailler sans relâche à l'extension de notre domaine scientifique, vous n'avez pas oublié que, pour travailler utilement, *l'union est nécessaire dans toutes les corporations*, que le travail en commun s'impose souvent et qu'il a, en tout cas, l'avantage primordial de nous présenter les uns aux autres, de créer entre nous des relations suivies, de nous faire connaître et, par suite, estimer réciproquement à notre juste valeur.

Puis, au nom du Gouvernement qu'il a mission de représenter, M. le Dr Drouineau félicite les congressistes qui sont accourus de tous les points de la France.

Le président, avant de lever la séance, annonce que la prochaine réunion aura lieu à 2 heures très exactement : Formation du bureau, exposé du rapport du Dr Anglade.

Séance du 4 avril (soir). — PRÉSIDENCE DE M. DOUTREBENTE.

La deuxième séance a eu lieu à 2 heures et sa première partie a été occupée par la formation du bureau et la nomination des vice-présidents. M. le Dr Petrucci, secrétaire général du Congrès d'Angers, a rendu ses comptes de gestion et, en l'absence du Dr Motet, président du Congrès d'Angers, M. le Dr Ritti, ancien président, a présidé à l'installation du nouveau président, M. le Dr Doutrebente.

Ont été nommés présidents d'honneur : M. le Ministre de

l'Intérieur, M. Monod, directeur de l'Assistance publique, M. le Dr Livron, directeur de l'École de médecine, M. le Dr Kackenko, de Nijni-Novgorod, M. le Dr Martin de Juove, Genève, etc.; vice-présidents : MM. les Drs Mabille, Audiffrent, Rey et Maunier; secrétaires des séances : MM. les Drs Antheaume, Fenayrou et M. Caussa.

Une commission comprenant MM. Ballet, Ritti, Joffroy, Régis, Arnaud, est également chargée de choisir les questions mises à l'étude pour le prochain Congrès de 1901 et de désigner les rapporteurs. Après une légère discussion, il est décidé qu'il est préférable d'attendre, pour désigner les sujets mis à l'étude, la fin du Congrès international de 1900.

M. le Président adresse ses remerciements au Dr Livon, directeur de l'École de médecine, qui a bien voulu avec tant de bonne grâce et de cordialité, nous ouvrir toutes grandes les portes de l'École de médecine. Au nom de tous les membres du Congrès, je lui adresse publiquement l'expression de notre gratitude pour le service incomparable qu'il veut bien nous rendre.

Sur la demande de M. Doursout, directeur médecin de l'asile de Naugeat, Limoges est choisi pour le Congrès de 1901.

La parole est ensuite donnée à M. le Dr Anglade, qui expose son rapport avec une grande clarté et beaucoup de précision.

DES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS SECONDAIRES

M. Anglade, rapporteur, a insisté sur les notions de pathologie générale qui pouvaient aider à mettre un peu d'ordre dans une question aussi complexe, cette question l'est certainement; car, les éléments de sa discussion se dispersent à travers la médecine mentale tout entière. Bien plus, ces éléments n'ont pas pour tout le monde la même valeur. Aussi, la variété des solutions qu'elle a reçues n'est-elle peut-être que le résultat d'un malentendu. Pour le faire cesser, il faut se placer assez haut, et regarder d'assez loin pour embrasser, d'un même coup d'œil, toute l'étendue du sujet. Faire de la pathologie générale ne s'appelle point faire de la psychologie pure. L'auteur a voulu faire de la synthèse clinique. Les opinions et les faits, discutés à la lumière de saines notions de pathologie générale, lui semblent perdre de leur obscurité et il paraît possible de se reconnaître même dans cette question des délires systématisés secondaires. Elle peut se résumer

sous forme de conclusions qui doivent servir de base aux discussions du Congrès.

Il existe des délires systématisés, développés sur des états secondaires aux principales formes d'aliénation mentale, notamment à la manie, à la mélancolie, à la folie à double forme, aux névroses et aux intoxications. La réalité clinique de ces formes psychopathiques est admise par la majorité des aliénistes de tous les pays. Dans notre psychiatrie même, où les délires systématisés secondaires ne sont pas en honneur, ils y sont cependant représentés par le délire des négations, de conception essentiellement française. Mais on ne s'accorde pas sur le degré d'importance qu'il convient de leur attribuer. Il suffira de comparer l'opinion de Krafft-Ebing, qui les considère comme des formes de démence, à celle de Tonnini qui les assimile à la paranoïa. La vérité se trouve peut-être entre ces deux opinions extrêmes.

1° *Délires systématisés secondaires à la manie.* — Ils se manifestent après un ou plusieurs accès de manie et se caractérisent par la fixité d'une ou plusieurs conceptions délirantes. Ces idées délirantes se systématisent faiblement et isolément. Elles ne s'associent jamais entre elles, se contredisent même souvent. Par leur nature, elles représentent les préoccupations antérieures du malade ou les idées délirantes nées pendant l'accès psychonévrotique. Cette systématisation rudimentaire s'effectue, non à la faveur de la démence proprement dite, mais de la déchéance des facultés d'association, de critique, etc. Les délirants systématisés post-maniaques sont, le plus souvent, des mégalomanes dépourvus de sentiments affectifs, de sens moral et social. Ils gardent leur mémoire intacte, conservent leur activité physique, et s'ils arrivent à la démence, ce n'est qu'après être demeurés longtemps dans un état stationnaire.

2° *Délires systématisés secondaires à la mélancolie.* — Ils sont, de tous les délires systématisés, les plus importants et les plus nombreux. La mélancolie, sous toutes ses formes et à ses diverses périodes, se complique de délires systématisés dont la systématisation est quelquefois si parfaite, que le diagnostic entre la mélancolie et la paranoïa, présente des difficultés. En ne tenant compte que des délires qui apparaissent secondairement à l'accès psychonévrotique, on peut les diviser en trois groupes :

A. Les délires systématisés post-mélancoliques représentant une ou plusieurs des conceptions délirantes développées pendant le stade psychonévrotique, qui survivent à la psychonévrose, quelquefois même aux troubles sensoriels dont elles sont l'interprétation. Ces formes, les plus simples et les moins graves, pourraient être, à la rigueur, considérées comme la suite naturelle d'un accès psychonévrotique dont quelques-unes des idées délirantes s'attardent et se systématisent avant la guérison. Nous sommes en droit

de les considérer aussi comme des formes de transition entre les mélancolies franches et celles qui aboutissent à des délires systématisés secondaires plus parfaits et plus stables, avec d'autant plus de raison que le passage de l'une à l'autre de ces formes s'observe, chez le même malade, après plusieurs accès.

B. Les délires systématisés secondaires à la mélancolie et qui prennent les allures des psychoses systématisées progressives. Ces délires, dont l'existence ne saurait être mise en doute, offrent un intérêt clinique considérable. Ils proviennent de la mélancolie et tendent à rentrer dans le cadre de la paranoïa et ne sont, en somme, à leur place ni dans l'une ni dans l'autre de ces maladies mentales. En fait, ce sont des délires mixtes parce qu'ils résultent de l'association, chez un même individu, des éléments de la paranoïa et de ceux de la psychonévrose mélancolique. Comment reconnaître la paranoïa, distinguer ce qui revient à la psychonévrose? Il faut s'entendre d'abord sur la valeur du terme paranoïa. Il n'est pas synonyme de délire systématisé. Paranoïa veut dire : une constitution spéciale éminemment favorable à l'éclosion d'un délire systématisé qui en est le symptôme le plus fréquent mais non constant. En des termes différents, cette constitution spéciale est reconnue par la presque unanimité des aliénistes. Ses caractères sont : orgueil exagéré, méfiance excessive. Développement de l'instinct de la conservation aux dépens de l'instinct social; affaiblissement de la faculté de jugement, de critique, etc... La paranoïa est une anomalie psychique héréditaire sur laquelle germe, sans même une cause occasionnelle, un délire systématisé primitif. La psychonévrose mélancolique est le résultat et la manifestation d'une dégénérescence acquise. Celle-ci exerce sur l'individu une influence dépressive qui vient se joindre aux effets de la dégénérescence paranoïenne. L'association et la combinaison de ces deux ordres de dégénérescence rendent compte de tous les faits de délires systématisés secondaires post-mélancoliques. Si l'élément psychonévrotique l'emporte sur l'état paranoïen, le délirant sera plus mélancolique qu'orgueilleux. Il parlera comme un mégalomane et réagira comme un mélancolique lorsque l'élément paranoïen aura le pas sur l'élément psychonévrotique. Il est des cas où les deux éléments se tiennent en balance. De la connaissance parfaite du rôle de ces deux éléments, découlent le diagnostic et le pronostic d'un délire systématisé post-mélancolique.

C. Un troisième groupe comprend les délires post-mélancoliques à caractère exclusivement dépressif. Le délire des négations en est le prototype. Ces délires offrent des caractères communs. Ils se manifestent, après plusieurs accès de mélancolie, chez des sujets à antécédents héréditaires chargés. Les troubles de la sensibilité générale et spéciale y occupent la première place. Ces troubles de la sensibilité correspondent évidemment à des altéra-

tions anatomiques du système nerveux périphérique et central. Le délire interprète des sensations réelles. Ces altérations du système nerveux sont peut-être la conséquence d'auto-intoxications. Leurs caractères ne sont pas faits pour contredire cette manière de voir. Il est possible que les troubles viscéraux, qui se rencontrent fréquemment au début des psychonévroses mélancoliques, favorisent la production des poisons organiques. Ces poisons frappent le système nerveux périphérique et central, créant des sensations pénibles dont l'interprétation constitue le délire. En sorte que la psychonévrose serait à la fois la cause et le résultat des lésions nerveuses. Il faudrait alors faire intervenir, dans la production des délires mélancoliques, un troisième élément : l'élément toxique. Car l'élément paranoïen ne fait jamais défaut. Il explique la systématisation du délire et son évolution vers la transformation de la personnalité.

3° *Délires systématisés secondaires à la folie à double forme.* — Les délires systématisés affectionnent particulièrement les formes intermittentes de la folie. Cela est vrai aussi pour la folie à double forme. On y a observé des délires de négation. Nous avons nous-même rapporté l'observation d'un malade qui, après quelques accès de mélancolie et de manie, est devenu un délirant systématisé. Et le délire empruntait ses caractères aux formes post-maniaques et aux formes post-mélancoliques.

4° *Délires systématisés secondaires aux névroses et aux intoxications.* — Les névroses sont une source de sensations pénibles. Ces sensations, chez un sujet prédisposé, peuvent être le point de départ d'un délire qui se systématisera d'autant mieux que l'élément paranoïen sera plus accentué. Cela veut dire qu'un délire systématisé, lié à une névrose, se reconnaîtra toujours aux troubles de la sensibilité. Ceux-ci porteront le cachet de la névrose dont ils dépendent. Les intoxications, l'alcoolisme, par exemple, influencent le système nerveux périphérique, éveillent des sensations pénibles dont l'interprétation pourra donner lieu à un délire systématisé. Mais, encore ici, le trouble sensoriel seul dépend de l'alcoolisme. L'interprétation et la systématisation délirantes sont fournies par l'appoint paranoïen. Les mêmes considérations s'appliquent aux maladies viscérales, aux diathèses, etc. A. MARIE.

M. VALLON proteste contre l'interprétation, que lui prête le rapporteur, de la pensée de Cotard au sujet du délire des négations. Au contraire, il pense que Cotard ne considérait le délire des négations que comme une phase de l'évolution du délire mélancolique, il n'a pas dit que Cotard considérait ce délire comme une entité morbide. De reste Cotard n'admettait pas un seul mais plusieurs délires chroniques. La différence radicale qui sépare les délires systématisés secondaires à la manie et ceux consécutifs à la

mélancolie, c'est que dans les premiers le délire se réduit à quelques idées qui restent seules du délire primitif. Tandis que chez les mélancoliques il y a une véritable systématisation qui se fait par une évolution lente et progressive.

Enfin, dans son rapport, M. Anglade avance que l'École française admet que le délire chronique évolue sur un terrain normal ; ceci est l'opinion de M. Magnan et cette opinion a été vivement combattue à la Société médico-psychologique par MM. Ball, Falret, Séglas, Doutrebente, M. le Dr Magnan ne représentant pas à lui seul toute l'École française ; et même sur cette question tous les élèves de M. Magnan ne sont pas d'accord avec leur maître. Ainsi M. le Dr Legrain a établi que des délires systématisés progressifs pouvaient évoluer sur des terrains dégénératifs, et ce faisant, il n'a fait que mettre au point l'état de la question.

M. Régis répond en quelques mots au rapport du Dr Anglade. Son attention a été attirée depuis longtemps sur les délires systématisés secondaires par l'examen des vieux mégalomanes des Asiles dont beaucoup n'étaient que d'anciens maniaques. Il a signalé et décrit sommairement dans son *Traité des maladies mentales* (2e édition, 1892), les délires systématisés secondaires post-maniaques et post-mélancoliques, tels que les entendent les aliénistes étrangers ; il n'est donc pas tout à fait exact, comme le dit M. Anglade dans son historique, qu'à aucun moment, la question des délires secondaires n'a été envisagée en France jusqu'à ce jour.

La doctrine de la constitution paranoïenne des auteurs italiens, que le rapporteur a clairement exposée et à laquelle il s'est rallié au moins dans son principe, n'est encore qu'une pure théorie. Elle rend l'explication des faits logique et facile, mais elle repose essentiellement sur une hypothèse, celle d'une constitution spéciale qu'il est difficile de reconnaître par des signes précis avant la manifestation du délire.

Cette théorie même, malgré son élasticité, ne saurait expliquer tous les faits. Contrairement à l'opinion du rapporteur et d'accord en cela avec certains étrangers, Régis croit que les délires systématisés post-maniaques sont plus fréquents que le délire systématisé post-mélancolique. Il est important à ce point de vue de distinguer les délires secondaires en précoces et tardifs. Les premiers, ceux qui surviennent au bout de quelques semaines ou de quelques mois, n'ont, en effet, ni les mêmes caractères, ni la même gravité que ceux qui n'apparaissent qu'après plusieurs années. Or, si les précoces sont plus fréquents après la mélancolie, les tardifs, les plus typiques et les plus vrais pour lui, se rencontrent le plus souvent après la manie. Une enquête faite sur les vieux psychonévrotiques des asiles pourrait le démontrer.

Il existe pourtant des mélancoliques qui font du délire systé-

matisé secondaire après de longues années, mais ils sont rares. Régis n'en a observé qu'un cas se rapportant à un prêtre, héréditaire, qui, après un an de mélancolie franche, a commencé de manifester des idées de persécution liées à des hallucinations multiples et très actives et finalement des idées de grandeur, tout en conservant un fonds mélancolique avec paroxysme aigu rappelant la lypémanie du début.

Ce cas montre, ainsi que l'ont dit MM. Séglas et Anglade, que les délires systématisés post-mélancoliques sont en rapport avec des troubles sensoriels intenses. Il prouve aussi que, contrairement à l'opinion de Krafft Ebing, ces malades ne sont pas des déments, car le sujet en question, à 60 ans d'âge, et après 30 ans de délire, a pu, entre autres choses, apprendre et retenir une langue étrangère.

En ce qui concerne le délire des négations, on ne saurait le considérer comme constituant essentiellement un délire systématisé secondaire, il est souvent, en effet, primitif, notamment chez ces malades négateurs d'emblée dont a parlé le rapporteur, et qui sous l'influence de l'auto-intoxication ou d'autres causes ont des troubles gastro-intestinaux, de l'anesthésie viscérale, ou même des lésions du système nerveux. Ici, il est incontestable que le délire des négations est primitif et qu'il a pour cause primordiale et efficiente un substratum anatomo-pathologique dont la guérison suffit à faire disparaître le trouble mental. Que devient, dans ce cas, la constitution paranoïenne supposée nécessaire pour produire de tels délires ?

Il existe également un délire systématisé secondaire à la confusion mentale. Les auteurs étrangers qui l'ont signalé, ont surtout visé les états passagers de confusion qui surviennent au début d'une paranoïa le plus souvent à forme aiguë. Mais on observe aussi des délires systématisés à la suite d'une confusion mentale vraie : les uns sont de vrais délires vésaniques secondaires, tandis que les autres, les moins connus, ne sont autre chose que des reliquats monoïdéiques de ce véritable état second qu'est la confusion mentale tonique, en tout point comparable aux idées fixes post-hypnotiques des hystériques. La preuve en est, que, comme celles-ci, ces délires peuvent disparaître par la psychothérapie et la suggestion. Ici encore, nous trouvons un argument contre la conception trop absolue de la constitution paranoïenne.

En résumé, M. Régis croit qu'il serait prématuré d'adopter, en ce qui concerne les délires systématisés secondaires, une théorie pathogénique définitive. Contentons-nous de constater que ces délires existent bien, qu'ils peuvent survenir sous des formes et dans des conditions différentes, après toutes les psycho-névroses et même la confusion mentale. Pour l'instant il est bon de s'en tenir là et de ne pas chercher à édifier quand même une concep-

tion trop hypothétique. Restons fidèles à la méthode d'observation, à cette méthode anatomo-clinique, qui est la méthode française par excellence et qui a permis de réaliser tant de progrès dans le domaine des maladies du système nerveux.

M. le Dr Lalanne (de Bordeaux) apporte une observation sur un cas de délire systématisé secondaire consécutif à un état neurasthénique. Pour lui il n'y a pas de si grandes différences que l'on croit entre la neurasthénie délirante et la mélancolie, d'un côté c'est l'hypocondrie physique qui prédomine, de l'autre c'est l'hypocondrie morale. Il croit que des délires systématisés peuvent être consécutifs à des obsessions, à des phobies, etc.

HAMEL et VIGOUROUX

Réception à l'Hôtel de Ville.

Le soir, à 9 heures, les congressistes ont été reçus à l'Hôtel de Ville, luxueusement décoré et illuminé pour la circonstance, par M. le Maire et les membres du Conseil municipal.

M. Flaissières recevait lui-même les invités, ayant à ses côtés le président du Congrès et M. Dubois, le sympathique et distingué secrétaire général de la Mairie. Remarqué, parmi la nombreuse assistance, la présence de :

MM. Floret, Préfet des Bouches-du-Rhône; Schrameck, secrétaire général; Chanot, Président du Conseil général; Eugène Féraud, attaché au cabinet du maire; Causeret, inspecteur d'académie; le contre-amiral Besson, commandant de la marine; Bonnaud, commissaire central; Girard-Cornillon, président de la Commission administrative du Bureau de bienfaisance; Livon, directeur de l'École de médecine; Paul Gourret, directeur de l'École de pêche; Edouard Gourret, conseiller d'arrondissement du 2e canton; Schurrer, conseiller d'arrondissement du 4e canton; le Dr Mazade, inspecteur des Enfants assistés; Bayle, conseiller d'arrondissement du 1er canton; Thourel, conseiller général; la plupart des congressistes et nombre de membres du corps médical de la ville. Le président du Congrès, M. Doutrebente a remercié la municipalité.

Mme Flaissières a fait les honneurs de la soirée avec une bonne grâce aisée et charmante à laquelle tout le monde s'est plu à rendre hommage. Mme et M. Flaissières méritent les plus chaleureuses félicitations pour la brillante réception faite aux congressistes, qui emporteront certainement un excellent souvenir de leur séjour dans la ville de Marseille.

Journée du 5 avril.

Visite à l'asile d'aliénés de Saint-Pierre.

A 10 heures du matin, MM. Boubila et Maunier, médecins en chef de l'asile Saint-Pierre, secondés par M. Plaignard-Flaissières, interne des hôpitaux, par ses camarades et par leurs externes, recevaient les congressistes à l'asile, qu'ils leur faisaient visiter en détail. Commencée par l'examen du service des femmes, que dirige M. le Dr Boubila, cette visite fort intéressante s'est terminée par l'examen du service des hommes, placé sous la direction de M. le Dr Maunier.

M. Bresson, directeur administratif de l'asile, a eu l'obligeance de nous fournir les renseignements qui suivent sur l'asile et son fonctionnement :

POPULATION ALIÉNÉE :

Hommes	589
Épileptiques simples (quartier spécial)	30
	619

Sur ce nombre :

14 jeunes garçons et enfants aliénés de 7 à 16 ans ; 9 épileptiques simples de 9 à 17 ans.

Femmes	629
dont 3 jeunes filles de 14 à 15 ans.	
Total	1.248

PERSONNEL ADMINISTRATIF :

Directeur, traitement 8.000 francs, logé, avantages en nature, chauffage, éclairage. — Receveur, 4.500 francs, logé, avantages en nature, chauffage, éclairage. — Économe, 3.500 francs, logé, avantages en nature, chauffage, éclairage.

Bureaux de la Direction :

Un secrétaire, 2.800 francs, 1.000 francs d'indemnité de logement, de chauffage et d'éclairage.

Un 1er commis, 1.600 francs, logé, nourri, chauffé, éclairé.

Un 2e commis, 1.800 francs, le repas de midi.

Un 3e commis, 600 francs, nourri, habillé, non logé.

Économat :

Un 1er commis, 2.400 francs, le repas de midi.

Un 2e commis, 900 francs, le repas de midi.

Un dépensier, 1.500 francs, le repas de midi, habillé.

Service médical :

2 médecins en chef, à 8.000 francs, logés, avantages en nature, chauffage, éclairage. — Un médecin adjoint, 2.600 francs, logé, avantages en nature, chauffage, éclairage. — Internes en médecine, 1re année 700 francs; 2e année 800 francs; 3e année 900 francs; logés, nourris, chauffés, éclairés. — 2 externes, 500 francs, le repas de midi. — Un pharmacien en chef, 1.800 francs, logé, nourri, chauffé, éclairé. — 2 internes en pharmacie, 500 francs, logés, nourris, chauffés, éclairés. — Un secrétaire, 20 francs par mois, le repas de midi (partage son temps entre le service médical et la recette).

Nous devons relever, d'une façon spéciale, l'existence d'*externes* à l'asile de Marseille. Il y aurait un grand intérêt, en attendant mieux, à avoir, même en plus grand nombre, des externes dans tous les asiles voisins d'une Faculté ou d'une École préparatoire de médecine. Il y aurait ainsi moins de médecins incompétents, en fait d'aliénation mentale.

PERSONNEL DE SURVEILLANCE (Hommes).

Un surveillant en chef, 2.100 francs, logé, chauffé, éclairé, habillé. — Un sous-surveillant en chef, 90 francs par mois, logé, chauffé, éclairé, habillé et nourri.

88 surveillants infirmiers, de 20 à 45 francs par mois, logés, chauffés, éclairés, habillés et nourris. Ils débutent à 20 francs. Augmentations trimestrielles de 2 fr. 50 à 5 francs, suivant les cas.

PERSONNEL DE SURVEILLANCE (Femmes).

Une surveillante en chef, supérieure des infirmières religieuses.

28 surveillantes infirmières de la Congrégation de Saint-Augustin.

L'indemnité allouée pour les religieuses, y compris la supérieure, est de 200 francs par an, pour chacune.

78 surveillantes ou bonnes laïques débutant à 18 francs par mois. Le maximum de salaire est de 35 francs.

Reposantes et reposants.

5 religieuses dont 3, retirées dans la maison-mère de la congrégation, reçoivent chacune de l'asile 300 francs par an. Les 2 autres, logées, nourries, etc., dans l'asile, ne reçoivent aucune indemnité en argent. 5 bonnes laïques, logées, nourries, etc., dans l'asile, touchant par an 150 francs chacune, comme prix des quelques menus services qu'elles rendent encore. 2 hommes, même situation, touchent chacun 200 francs.

Aumôniers.

Aumônier catholique, 1.600 francs, logé, chauffé, éclairé.
Pasteur protestant; grand rabbin, chacun 200 francs.

Distractions et fêtes. — Spectacles; concerts; fête du 14 juillet; fête de l'asile en octobre.

Permissions de sortie. — De 1 jour à 8 jours; nombreuses et fréquentes, principalement à Noël, 1er janvier, jours gras, Pâques, Pentecôte.

Chaque année un repas de gala est donné dans la maison, aux malades travailleuses (buandières, lingères, etc.). De même aux malades travailleurs; mais pour ceux-ci le repas a lieu à l'extérieur, dans la banlieue.

Bibliothèque. — Elle comprend plus de 500 volumes. Mais la plupart sans intérêt pour la grande généralité des malades: ce sont en effet des ouvrages d'histoire, de haute littérature, de critique littéraire et de science. Les romans d'aventures sont les plus lus, particulièrement ceux d'Alexandre Dumas; aussi faut-il les renouveler souvent, car, au bout de peu de temps, ils nous reviennent dans le plus pitoyable état. Il en est de même des journaux illustrés. Les journaux de Marseille pénètrent librement dans la maison.

Prix de journée. — 1 fr. 30 pour le département des Bouches-du-Rhône; 1 fr. 50 pour les autres départements.

Prix des pensions. — Classe exceptionnelle 13 fr. 50 par jour; 1re classe 8 fr. 50; 2e classe 5 francs; 3e classe 3 francs; 4e classe (régime commun) 1 fr. 50.

Balance du compte financier de 1898.

Recettes	810.919 fr. 70
Dépenses	768.414 » 19
Boni	42.505 fr. 51

La visite finie, un banquet était servi dans la salle de concert de l'asile; M. Floret, préfet des Bouches-du-Rhône, présidait ce déjeuner auquel assistaient également MM. Flaissières, maire; Chanot, président du Conseil général, de nombreuses notabilités médicales de notre ville et plusieurs hauts fonctionnaires. Au champagne, on échange quelques toasts (MM. Drouineau, Floret, Doutrebente, Chevillon, Bresson, Joffroy), — parmi lesquels il convient de retenir celui de M. Floret qui boit à l'amélioration administrative de l'asile; — puis on monte dans des omnibus qui attendent et qui, à

2 heures, déposent tout le monde à l'embarcadère de la Compagnie Chambon.

Le *Salinier* reçoit congressistes, invités et invitées qu'il transporte, non sans certains incidents de traversée dont le mistral et la houle sont les auteurs responsables, dans le port du Frioul.

Reçus et guidés par M. Catelan, le très aimable et distingué directeur de la Santé, les promeneurs s'initient aux mille détails intéressants de l'*installation sanitaire* du port de Marseille (Lazaret du Frioul), admirablement réorganisé depuis quelque temps.

Quelques rafraichissements sont offerts par M. Catelan et acceptés avec plaisir, car il fait chaud ; puis l'on embarque à nouveau sur le *Salinier*, qui ramène les congressistes en ville en passant par l'Estaque et les bassins, leur permettant ainsi d'admirer, après le magnifique panorama de la rade, le spectacle de la vie commerciale de la grande cité phocéenne.

Punch de la Société médico-chirurgicale.

Le soir, à 9 heures, un punch était offert aux congressistes, dans les salons Linder, par la *Société médico-chirurgicale* de Marseille, dont le président, M. le Dr Arnaud, a porté de façon charmante la santé de ses hôtes. Le président du Congrès l'a remercié en ces termes :

Messieurs et chers confrères,

J'aurais voulu, pour répondre dignement au toast que le Président de la Société médico-chirurgicale vient de porter aux membres du Congrès, que l'un des maitres éminents, qui nous assistent et nous entourent, prit la parole en cette circonstance, n'ayant d'ailleurs, pour le faire, d'autre titre que celui de Président du Congrès que je tiens du libre suffrage de mes collègues ; cela suffit cependant, je le sais et j'en suis très fier.

En me désignant à ce poste d'honneur, mes collègues m'ont comblé de joie et m'ont donné la plus haute marque d'estime ; je me considère dorénavant comme largement récompensé de ce que j'ai pu faire pendant toute ma carrière.

En faisant un retour sur moi-même, un examen de conscience, il m'a semblé que ce qui m'avait désigné à leur choix, c'est simplement parce que, en toute circonstance, j'ai tenu à me conformer aux règles les plus strictes de la Déontologie médicale que je résume ainsi : respect absolu des maitres, confraternité pratiquée

sans défaillance, encouragements, conseils et services rendus aux jeunes dans la plus large mesure.

Je me suis conformé à ce programme et je ne cherche pas à en tirer vanité, n'ayant eu qu'à suivre les exemples et la pratique de mon grand-oncle Baillarger et de mon oncle Lunier ; c'était donc simplement une tradition de famille à continuer.

Je lève mon verre en l'honneur du Président, le docteur Arnaud et des Membres de la Société médico-chirurgicale de Marseille, et, au nom des Membres du Congrès, je les remercie cordialement de la belle et sympathique réception qu'ils viennent de nous offrir.

Nous sommes heureux de profiter de l'occasion pour remercier vivement nos confrères marseillais de leur accueil sympathique. B.

Séance du 6 avril. — Présidence de M. Doutrebente.

M. Sicard, à l'occasion de la lecture du procès-verbal et au sujet de la discussion qui a suivi le rapport de M. Anglade, demande à dire quelques mots sur certaines de ces *formes délirantes mono-idéiques*, que M. Régis classe dans les délires systématisés secondaires, consécutivement à la confusion mentale primitive aiguë, et qui sont susceptibles d'un traitement efficace, par l'hypnose ou une psychothérapie appropriée. Il croit qu'il ne s'agit dans ces faits que de la persistance d'une idée fixe subconsciente, de nature hystérique, telles que les travaux de MM. Raymond et Janet nous l'ont fait connaître, idée fixe subconsciente qui peut persister pendant un temps, du moins à la suite d'une confusion mentale primitive, elle-même de nature hystérique, et prenant naissance à l'occasion d'un état fébrile, d'une infection, d'une intoxication qui développent l'hystérie chez certains sujets prédisposés.

PSYCHOSES POLYNÉVRITIQUES

M. Dutil (de Nice) ayant été empêché de faire son rapport sur les psychoses polynévritiques, M. le professeur Ballet fait, en ces termes, un remarquable exposé de l'état actuel de la question :

M. Ballet. — Lorsqu'en 1889 Korsakoff décrivit les troubles mentaux accompagnant les polynévrites, un sentiment de surprise accueillit cette opinion ; l'association de troubles cérébraux et d'une lésion polynévritique parut singulière, mais bientôt la réalité de cette conception fut mise en évidence par de nombreuses observations. On s'aperçut même que Charcot avait entrevu cette psychose, car dans ses leçons il faisait observer l'existence de troubles amnésiques dans les polynévrites alcooliques. Cette amnésie n'était qu'une des formes de cette psychose dont aujourd'hui

on admet la multiplicité. Tout d'abord que faut-il entendre par psychose polynévritique ? On doit comprendre sous ce nom des troubles mentaux à physionomie clinique variée qui s'associent d'habitude aux lésions et symptômes de la polynévrite et qui reconnaissent toujours la même cause que la polynévrite elle-même. En effet, les lésions névritiques et les lésions cérébrales produisant les troubles mentaux ne sont que deux manifestations juxtaposées souvent mais parfois isolées de la même origine. Cette origine est d'ordinaire un agent toxi-infectieux qui peut produire isolément soit les troubles polynévritiques, soit les troubles cérébraux. Les formes cliniques de la psychose polynévritique peuvent se ramener à trois groupes : 1° Délires systématisés, idées fixes consécutives à des rêves rappelant la physionomie du délire onirique. Ils consistent en subdélire le soir, analogue au délire exotoxique (alcoolisme), en rêvasserie la nuit pouvant persister le jour, rêveries objectivant l'intoxication de la cellule cérébrale. C'est dans cette forme que l'on observe les délires systématisés dont nous a parlé M. Régis. Ils ne méritent peut-être pas le nom de *systématisés*, mais ce ne sont pas non plus les idées subconscientes dont nous a entretenu M. Sicard. Il reste dans la conscience une idée fixe dont le point de départ se retrouve dans un rêve. Exemple : un homme, après une fièvre typhoïde avec délire pendant la convalescence, a conservé de son rêve délirant la seule idée qu'il est décoré et qu'il a rapporté des richesses du Tonkin. Il raconte comme un roman vécu ce roman rêvé, et cependant il ne présente aucun symptôme d'hystérie. 2° La deuxième forme clinique est la confusion mentale dans sa forme classique avec association vicieuse des idées, insuffisance de la perception, apparence de dépression mélancolique, excitation maniaque, allure stupide, etc., qui peut durer de quelques jours à quelques années et même se terminer par la démence. 3° La troisième forme est la forme amnésique : altération mentale, accompagnée ou non de délire, amnésie singulière, différente des autres amnésies (paralytiques généraux, vésaniques, séniles, amnésies pures avec conservation de la logique, et associations normales des idées, c'est-à-dire des souvenirs existants; pas de défectuosité dans le raisonnement si on ne fait appel qu'aux événements du moment. Ces trois formes cliniques se confondent souvent et forment des variétés intermédiairas très nombreuses.

Quelle est maintenant la pathogénie de pareils troubles ? Il est évident que ces troubles sont d'origine toxique (toxi-infectieux, endo-toxiques, exotoxiques). Ils accompagnent les polynévrites consécutives aux fièvres typhoïdes, à l'alcoolisme, etc. Ils sont la conséquence de l'empoisonnement de la cellule. Mais il semble que ces troubles ne devraient durer qu'autant que les toxines agissent sur la cellule et qu'une fois ces dernières éliminées, ils aient dû disparaître. L'observation journalière prouve le contraire et

a priori, on pouvait induire que ces toxines avaient causé une altération matérielle non réparable du jour au lendemain, si tant est qu'elle soit réparable complètement. Ces lésions existent-elles ? On les a recherchées et jusqu'en 1896 on avait décrit l'œdème de la pie-mère, les congestions des méninges, des altérations pigmentaires des cellules, mais on n'avait pas trouvé la véritable lésion cérébrale. M. Ballet a eu la bonne fortune de trouver trois cas de polynévrites présentant des délires oriniques et dont il a pu examiner histologiquement les lésions. L'examen des nerfs décela les lésions banales de la polynévrite : dégénérescence wallérienne, segmentation du cylindraxe, etc...; l'examen de la moelle et du cerveau (lobule paracentral) montra les mêmes altérations cellulaires. Ces lésions cellulaires présentent trois grands caractères : déformation des cellules, déplacement du noyau vers la périphérie, déplacement qui peut aller jusqu'à la projection hors de la cellule et chromatolyse. Ces lésions limitées aux grandes cellules pyramidales sont les mêmes que celles produites dans la moelle par la section d'un nerf périphérique (Nissl, Marinesco, Dutil et Ballet).

M. Ballet fait voir ces lésions par de nombreuses et très belles projections. Une seconde question se pose, plus délicate, c'est de savoir si la substance toxi-infectieuse a déterminé les lésions en agissant directement sur la cellule par la réaction à distance sur le cylindraxe. Les expériences de Marinesco, de Ballet et de Faure ont montré que la cellule cérébrale se comporte comme la cellule médullaire vis-à-vis des nerfs. Les cellules cérébrales s'atrophient sans qu'on puisse dire cependant si le processus est le même et on ne peut actuellement se prononcer avec certitude sur le fait de savoir si la lésion cérébrale est primitive ou secondaire. Cette seconde hypothèse est la plus vraisemblable : si la toxine a une affinité spéciale pour le cylindraxe, elle l'aura également pour la fibre blanche. On peut donc dire qu'il existe des lésions cérébrales dans les psychoses polynévritiques. Existent-elles toujours ? Non. M. Ballet, dans certains cas, n'a pas trouvé de lésions cellulaires. Dans un cas, dont il donne l'observation, la mort du sujet avait été accidentelle et rapide; peut-être la cellule qui pourtant avait souffert, n'avait-elle pas eu le temps d'être altérée profondément.

En résumé, ces lésions ont une grande importance au point de vue de la conception des maladies mentales. Peut-être arrivera-t-on par la connaissance plus profonde des lésions histologiques des cellules cérébrales à diviser ces maladies en deux grandes catégories : 1° les psychoses accidentelles, comprenant toutes les intoxications cérébrales y compris même la paralysie générale ; 2° les psychoses constitutionnelles dues à un défaut non encore connu de développement ou d'organisation de la cellule. Peut-être cette conception ferait-elle descendre la médecine mentale où l'a placée la métaphysique, mais elle n'a rien à y perdre.

M. Vallon rappelle, à propos des idées fixes observées au cours de la psychose polynévritique, que des symptômes du même genre se rencontrent dans l'alcoolisme subaigu. Alors que tout le délire a disparu, seule une idée délirante persiste. Ces faits ne sont pas rares et il en a observé lui-même un cas typique. Baillarger avait déjà signalé ces faits et les comparait aux îlots qui subsistent après la désagrégation d'une couche de glace.

M. Régis a été heureux d'entendre M. Ballet adopter sans restriction les caractères cliniques du délire onirique, caractères qui se reproduisent dans les délires hystériques et post-hypnotiques. Il s'agit bien là de délire post-infectieux et non de délire hystérique. C'est la meilleure réponse à faire à M. Sicard. L'hystérie n'a pas le monopole de ces idées fixes plus ou moins systématisées : l'hystérie ne doit pas envahir toute la pathogénie des délires infectieux et toxiques. Il serait peut-être plus logique de renverser les termes et de comprendre les états hystériques parmi les états infectieux ou toxiques.

M. Régis accepte complètement la distinction que fait M. Ballet entre les délires toxiques et les délires vésaniques, accidentels et constitutionnels. Il ne pense pas qu'il y ait une différence fondamentale entre les trois variétés de délires qu'il indique dans la psychose polynévritique, ces trois délires ne sont que les variétés d'une même espèce clinique : la confusion mentale avec son symptôme fondamental : l'amnésie.

Il trouve également que la psychose polynévritique est très mal nommée, car il existe des psychoses polynévritiques en l'absence de toute polynévrite. Il a cité un de ces faits d'apparence paradoxale au Congrès de Clermont : la psychose polynévritique s'était manifestée plusieurs mois avant les symptômes de polynévrite. Polynévrite et délire sont deux symptômes non fatalement associés d'une même infection.

Il en est de même des psychoses post-éclamptiques : ce sont des psychoses qui peuvent survenir en dehors de toutes manifestations éclamptiques. Les psychoses post-éclamptiques ou polynévritiques n'ont aucun caractère clinique spécial, ce sont des psychoses infectieuses, elles ont les mêmes symptômes que les délires de la fièvre typhoïde, etc.

A Moscou, M. Joly (de Berlin) a proposé d'appeler la psychose polynévritique, maladie de Korsakoff. Cette dénomination n'est peut-être pas très juste, puisque nous venons de montrer que cette psychose n'est pas une entité morbide, mais bien un syndrome lié à un état infectieux.

Le Dr Anglade demande à poser quelques questions à M. Ballet à propos des lésions cellulaires qu'il a décrites.

Quel est le degré de spécificité que M. Ballet attribue aux divers

ordres de lésions qu'il nous a décrites comme formant un substratum anatomique aux psychoses polynévritiques? La chromatolyse semble indiquer seulement la disparition d'un aliment de réserve de la cellule. La déformation de celle-ci est plus importante sans doute et résulte de la destruction de la trame achromatique, expansion du cylindraxe. Cette lésion est importante sans doute, mais elle s'observe dans un grand nombre d'affections mentales, notamment dans la paralysie générale, dans l'épilepsie, l'éclampsie. M. Ballet pense-t-il que ces lésions suffisent à expliquer les psychoses polynévritiques?

M. Ballet, répondant à M. Anglade, admet avec lui que les granulations chromatophiles ne sont pas des éléments de réserve. C'est la trame fondamentale de la cellule qui a la plus grande importance, mais on n'est pas encore en possession d'un moyen permettant de reconnaître des lésions de cette trame. La chromatolyse constatée indique seulement que la cellule a souffert; il est impossible de définir le rôle des diverses intoxications dans les lésions qu'il a constatées dans les cellules. Des causes multiples peuvent les produire.

Polynévrique post-influenzique.

M. le Dr Larroussinie. — Il y a quelque temps, j'étais appelé en consultation, par un de mes confrères, auprès d'une malade qui, après une attaque d'influenza, présentait, disait sa famille, des symptômes de paralysie. Le début de l'attaque d'influenza remontait à deux mois environ : Mme X... avait été gravement atteinte; elle avait eu une pneumonie, des troubles gastro-intestinaux et, disait-elle, n'avait jamais pu se remettre entièrement. Elle raconte qu'une quinzaine de jours après la disparition des accidents thoraciques, alors qu'elle souffrait encore beaucoup de l'appareil digestif, elle avait éprouvé, dans les membres inférieurs, des fourmillements, des douleurs; elle se sentait un peu faible sur ses jambes; elle se plaignait maintenant de ressentir les mêmes symptômes dans les membres supérieurs.

L'attaque d'influenza avait duré un mois et demi environ et c'est au moment où la malade se sentait mieux que les troubles, dont j'ai parlé ci-dessus, ont apparu.

Il serait évidemment trop long et fastidieux de présenter une observation faite jour par jour, je résumerai donc autant que possible :

Quand nous voyons Mme X..., elle se plaint surtout de ce qu'elle appelle une très grande fatigue. La marche est pénible; il me semble, dit-elle, que les mouvements de mes bras se font moins facilement. Ces quelques indications, quoique devant faire penser

évidemment à l'existence d'une névrite, n'étaient pas suffisantes pour que je pusse porter un diagnostic certain.

Peu à peu, les accidents s'aggravèrent : quatre mois après le début de l'influenza, quand on plaçait la malade dans une position horizontale, le pied se plaçait en extension ; son bord externe est abaissé et les phalanges fléchies les unes sur les autres et sur le métatarse. La démarche devint celle du stepper, signalée par Charcot. Il y avait, en réalité, paralysie des fléchisseurs, coïncidant avec celle des extenseurs des orteils.

Il devint impossible à Mme X... de mouvoir les orteils, de relever le bord externe du pied ; il lui était très difficile, pour ne pas dire impossible, de fléchir le pied sur la jambe. Le pied était ballant sur la jambe, quand on saisissait cette dernière et qu'on la secouait. Peu à peu, les muscles de la partie antérieure de la cuisse furent pris à leur tour ; la marche devint alors absolument impossible. Aux membres supérieurs, les extenseurs anti-brachiaux furent aussi envahis, entraînant les accidents ordinaires ; les doigts finirent par se fléchir dans la paume de la main et l'on dut prendre des précautions pour que les ongles ne produisissent pas d'ulcérations.

Les muscles de la partie antérieure du bras se prirent à leur tour, puis les grands dentelés, les grands dorsaux, les rhomboïdes et les angulaires. Le bras finit par être appliqué contre le tronc et les mouvements devinrent impossibles.

Rien ne put arrêter l'évolution du mal et la malade, qui restait sur un fauteuil, fut obligée de s'aliter, car les muscles du tronc furent atteints à leur tour.

Mme X... avait, bien entendu, perdu son centre de gravité et présentait une incurvation de la colonne vertébrale par laquelle, ainsi que l'a signalé Duchenne, elle cherchait à remédier au défaut de stabilité ; mais bientôt elle dut, ainsi que nous le disons, rester dans la position horizontale. Enfin, les muscles du cou furent atteints ; cela est, on le sait, très rare. Chez la malheureuse malade dont je rapporte l'histoire, les extenseurs de la tête furent véritablement détruits, à tel point que la tête se fléchissait sur la poitrine et que pour la soutenir dans la position normale, on fut obligé de faire passer sur le front une serviette, qui était fixée à un crochet planté dans la muraille, derrière le lit de Mme X...

Du côté de l'appareil de la vision, elle eut du strabisme interne de l'œil gauche ; donc, paralysie du droit externe. De plus, nous avons constaté l'existence du signe d'Argyll Robertson.

Nous attirons l'attention sur la présence de ces symptômes, dont nous discuterons la valeur tout à l'heure. Enfin, il y eut un affaiblissement marqué de la vision. Du côté de l'appareil digestif, il se produisit une parésie du voile du palais ; la déglutition était difficile, sinon impossible, car il n'y eut jamais paralysie complète.

Rien à l'estomac, ni aux intestins. Du côté de l'appareil urinaire, il y eut aussi de la parésie peu prononcée de la vessie ; le cathétérisme ne fut jamais nécessaire.

Quant à l'appareil respiratoire, la malade avait de la dyspnée, dès qu'elle essayait de faire un mouvement quelconque ou dès qu'on la remuait ; au repos, rien d'anormal ne se produisait. Ce n'est que dans les grandes inspirations que l'on constatait les symptômes indiqués par Duchenne (dépression de l'épigastre et des hypocondres, au moment de l'inspiration, et dilatation de la poitrine ; mouvements opposés pendant l'expiration). Il y avait donc parésie du muscle et non paralysie. Bien entendu, il y eut atrophie musculaire ; la main se présentait sous le même aspect que dans l'atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne.

Mme X... se plaignit au début, ainsi que nous l'avons dit, de fourmillements dans les membres et aussi d'une sensation de froid presque continue ; un peu plus tard, elle eut des crises douloureuses qui duraient souvent plus de vingt-quatre heures et qui étaient surtout localisées sur le trajet des nerfs.

Ces douleurs siégeaient principalement aux membres supérieurs ; elles étaient lancinantes et d'une violence telle qu'elles arrachaient des cris à la malade, qui ne pouvait supporter le moindre contact. Cette souffrance atteignait aussi les membres inférieurs, mais elle était moins intense.

En ce qui regarde la sensibilité, la malade percevait le contact d'un corps appliqué sur la peau, déterminait le siège de ce contact, mais n'appréciait pas l'intensité d'une pression ou d'une traction exercée sur les téguments. La température des objets était mal ressentie ; pas de dissociation de la sensibilité. Pas de réflexe plantaire ; abolition des réflexes tendineux.

Mme X... présente aussi des troubles mentaux graves ; presque dès le début de son mal, elle était anxieuse : « J'ai peur, disait-elle, et je ne sais pourquoi. » Pas d'agitation, mais des hallucinations de la vue : elle voyait des sphères de flammes, des êtres informes, disait-elle.

Peu à peu, il se développa une véritable confusion mentale ; la malade parlait, sans qu'on pût établir de lien entre ses phrases ; elle ne répondait que très mal aux questions posées. Amnésie, absence absolue de volonté ; la malade tombait dans un véritable état de stupeur. Huit mois après le début des accidents, Mme X... présenta, du côté des appareils respiratoire et circulatoire, des phénomènes caractérisés par de la lenteur des inspirations, avec augmentation de durée de la pause respiratoire ; des palpitations cardiaques très vives ; de la dyspnée ; puis, se développa une congestion pulmonaire ; enfin, brusquement une syncope vint clore la scène et la malade succomba. Les pneumo-gastriques, ou du moins leurs noyaux d'origine, avaient été atteints.

Telle est donc l'histoire résumée de la maladie qui a frappé notre cliente. Avions-nous affaire à une névrite alcoolique? Ainsi que nous l'avons dit plus haut, si les membres supérieurs et les membres inférieurs étaient envahis, les premiers semblaient plus frappés, puisque les douleurs étaient beaucoup plus vives à leur niveau. La motilité était plus atteinte que la sensibilité; cependant, on trouvait chez notre malade certains symptômes qui pouvaient faire penser à l'existence de l'alcoolisme : ainsi le steppage, l'amyotrophie, la paralysie d'un des muscles du globe oculaire, les troubles psychiques. Toutefois, j'acquis la conviction que jamais Mme X... n'avait présenté des signes d'intoxication éthylique.

Le confrère qui, avant moi, lui avait donné des soins et qui était son médecin depuis de longues années, était absolument affirmatif sur ce point. Pendant son attaque d'influenza, on n'avait pas eu recours aux boissons alcooliques; il ne pouvait être non plus question de névrite saturnine, ni de névrite diphtérique.

Dans la névrite lépreuse, on retrouve certains des symptômes que nous avons signalés chez notre malade, tels que l'atrophie des éminences thénar et hypothénar, la griffe Aran-Duchenne, etc. Mais rien n'était en faveur de cette maladie, qui d'ailleurs a une durée beaucoup plus longue, durée se comptant par des années (vingt ans et plus). Bien entendu, nous n'avons pas songé au béribéri. Une question se posait :

Avions-nous affaire à une névrite d'origine périphérique ou à une affection de la moelle ? Chez notre malade, les membres paralysés n'étaient pas flasques, ainsi qu'on l'observe d'ordinaire chez les polynévritiques; pas d'exagération des réflexes tendineux, au contraire; pas de trépidation épileptoïde du pied; pas de démarche spasmodique, mais du steppage. Donc, raisons pour et contre la polynévrite, mais certainement pas de paraplégie spasmodique.

Nous trouvions-nous en présence d'une paraplégie flasque ? Il n'y avait pas d'anesthésie marquée ; pas de syndromes de Brown-Sequard (hémiparaplégie avec anesthésie croisée) ; pas de troubles de la vessie et du rectum ; pas d'eschares de la région fessière ou des talons ; la sclérose en plaques devait évidemment être abandonnée.

Avions-nous affaire à la poliomyélite antérieure aiguë ? Cette affection se développe souvent à la suite d'une maladie infectieuse ; mais le mode de début de cette poliomyélite est brusque, ce qui est rare dans la névrite périphérique.

Dans la poliomyélite antérieure, la paralysie laisse souvent indemmes les extrémités des membres et il est rare que les nerfs crâniens soient frappés, au contraire de ce qui arrive dans la névrite. L'exploration électrique nous dévoila l'existence de la réaction de dégénérescence, mais elle ne nous servit pas pour faire notre diagnostic entre la poliomyélite antérieure aiguë et la névrite,

car aucun des muscles atteints ne recouvra sa motilité volontaire.

Dans la poliomyélite antérieure les douleurs sont moins vives que dans la névrite. Chez notre malade, il y avait de l'œdème des membres, ce qui se voit souvent dans la polynévrite et pas de coloration violacée ni d'abaissement de la température, comme dans la poliomyélite antérieure. D'un autre côté, il y eut des troubles psychiques, ce qui ne se voit guère dans la poliomyélite. J'écarte également le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique et la syringomyélie.

Je devais évidemment songer à l'existence du tabes. En faveur du tabes, je me trouvais en présence des symptômes suivants: sensation d'engourdissement, de fourmillement sur le trajet du cubital, puisque, ainsi que je l'ai dit, les nerfs de l'avant-bras se trouvèrent pris; signe d'Argyll Robertson, paralysie de la sixième paire, enfin certains symptômes du côté du pneumogastrique.

En faveur de la névrite périphérique, j'avais la douleur provoquée par la pression sur les troncs nerveux et la masse musculaire, la réaction de dégénérescence, la paralysie, l'amyotrophie, la position du pied, le steppage, de la maladresse dans les membres supérieurs au début, de l'œdème des membres inférieurs, de l'affaiblissement de la vision, atteignant les deux yeux, des troubles psychiques qui ne ressemblent en rien à ceux qui se montrent dans l'ataxie locomotrice, quand elle s'accompagne de méningo-encéphalite; enfin, le tabes a une durée beaucoup plus longue que le mal qui avait frappé notre malade. Pour toutes ces raisons, nous conclûmes que nous avions affaire à une polynévrite, mais cette polynévrite était-elle seule ou associée à une autre affection?

En effet, les membres inférieurs furent les premiers atteints, puis les membres supérieurs et, enfin, le tronc et la partie supérieure du corps. Il est bien difficile d'admettre qu'il y ait eu une névrite ascendante à la fois dans tous les nerfs malades. Il semble, je crois, qu'il y ait eu aussi myélite ascendante, et nous aurions l'association d'une myélite et d'une polynévrite d'origine interne. Au sujet de la polynévrite, nous devons dire que nous ne croyons pas devoir lui attribuer les accidents psychiques que nous avons signalés.

Les maladies infectieuses produisent souvent des phénomènes semblables et les psychoses que l'on observe dans de tels cas affectent surtout la forme de la confusion mentale; pour notre part, nous ne comprenons guère qu'une polynévrite pût à elle seule déterminer des troubles cérébraux, et quand on lit les observations de psychoses polynévritiques qui ont été publiées, on s'aperçoit que le malade a été victime d'une intoxication ou d'une auto-intoxication. Nous croyons que c'est encore ici la maladie primitive qui est la cause de tous les accidents.

Nous nous sommes trouvé en présence d'une maladie infectieuse

qui a atteint non seulement les nerfs, mais encore et surtout les centres. Nous ne nous dissimulons pas que l'absence d'examen post mortem constitue une grave lacune dans notre observation ; mais, comme il arrive presque toujours pour les malades de la ville, la nécropsie fut refusée par la famille. Il nous a semblé néanmoins qu'il serait peut-être intéressant d'apporter notre contribution à l'étude des accidents nerveux de l'influenza : c'est pourquoi nous avons eu l'honneur de vous soumettre ce travail.

Un cas de tremblement segmentaire dans la sclérose en plaques.

M. Grasset (de Montpellier). — Quoique déjà fort avancée et richement documentée, l'histoire de la distribution métamérique ou segmentaire des symptômes nerveux ne paraît pas achevée. Cette étude a principalement et à peu près exclusivement porté sur les symptômes trophiques, comme les zonas et certaines dermatoses, et sur les troubles sensitifs, tels que les anesthésies, totales ou dissociées. Mais les symptômes moteurs ont été bien moins étudiés au point de vue de leur distribution métamérique ou segmentaire. C'est sur cette lacune que je voudrais attirer l'attention des cliniciens en relatant d'une manière sommaire un cas de tremblement à distribution segmentaire chez une femme de quarante ans atteinte de sclérose en plaques.

La maladie a débuté, il y a deux ou trois ans, par des vertiges. Puis sont survenues une impotence de la jambe gauche avec raideur, une hémianesthésie gauche et un tremblement du bras droit. Plus tard, la parole devient et reste scandée, spasmodique, monotone. Le tremblement, tout en étant toujours beaucoup plus marqué au bras droit, s'étend, notamment à la tête qui, lorsqu'elle n'est pas appuyée, est agitée de mouvements de oui, de non et de latéralité. Dans les membres gauches l'hémianesthésie a disparu, il y a un tremblement intentionnel (moins marqué qu'à droite) et surtout une diminution de la force musculaire avec atrophie de certains muscles; en outre, attitude du pied en équin, douleurs spontanées et à la pression des troncs nerveux, exagération des réflexes tendineux ainsi que diminution de l'excitabilité faradique et galvanique sans réaction de dégénérescence.

Le tremblement du membre supérieur droit, qui seul nous intéresse ici, est nettement intentionnel ; il n'apparaît jamais au repos. Quand on ordonne le mouvement classique de porter le verre à la bouche, de boire et de répéter l'acte, la malade tremble beaucoup; elle tremble de plus en plus si l'on déplace le verre et qu'on rende plus long et plus difficile l'acte de le saisir. Une fois le verre bien saisi, elle le porte à la bouche sûrement, sans trembler, et, même en répétant cet acte une série de fois, elle le fait correctement. Mais si, le verre étant près de la bouche, elle cherche à faire les

mouvements nécessaires pour boire, le tremblement reparait; il augmente si l'on fait répéter cet acte particulier, non de porter le verre à la bouche, mais de le vider.

Il est aisé d'analyser cette particularité qui, tout d'abord ferait croire que le signe classique de la sclérose en plaques n'existe pas chez notre malade, puisqu'en somme elle porte correctement un verre à la bouche.

En réalité, elle a le tremblement intentionnel de la sclérose en plaques avec ses caractères classiques; toutefois, ce tremblement est limité aux mouvements des doigts et de la main sur l'avant-bras, de sorte qu'il apparait nettement quand ces mouvements interviennent pour saisir le verre ou pour le vider; mais il ne se montre pas du tout lorsque, le verre une fois saisi, les mouvements de l'avant-bras et du bras interviennent seuls pour porter le verre de la table à la bouche. De même, la malade est incapable, à cause du tremblement, d'enfiler une aiguille, de coudre, d'écrire; mais, si on lui immobilise le poignet et les doigts sur un crayon, elle trace bien une ligne horizontale droite, à la condition de ne mouvoir que le coude et l'épaule.

En somme, il s'agit ici d'un tremblement segmentaire, en gant, ce qui n'est ni classique ni fréquent dans la sclérose en plaques. A ces deux points de vue, le tremblement de notre malade est l'opposé du tremblement classique de la sclérose en plaques. Au lieu d'être massif, il est segmentaire et, au lieu de porter sur la racine du membre, il en affecte exclusivement l'extrémité. A cela on pourrait objecter que cette femme n'est qu'une hystérique et n'a pas de sclérose en plaques. Je reconnais que l'hémianesthésie transitoire et l'émotivité de la malade pourraient faire penser à l'hystérie. Mais les vertiges, les troubles de la parole, les parésies durables à gauche, la persistance et la marche progressive du tremblement, l'atrophie musculaire, le pied en équin, la diminution de l'excitabilité galvanique et faradique prouvent qu'il y a une lésion. Peut-être avons-nous affaire à une association hystéro-organique; toutefois la lésion organique paraît aussi certaine que possible pour une malade encore vivante. Et s'il y a lésion, ce ne peut être qu'une sclérose en plaques.

En tous cas, alors même qu'on n'accepterait pas ce diagnostic, un fait reste acquis : c'est que nous avons là un tremblement nettement segmentaire, c'est-à-dire limité aux doigts et à la main. Or, quand on analyse un tremblement, on tient compte de la fréquence de ses oscillations à la minute et de l'influence que les mouvements exercent ou non sur son intensité, mais on ne s'occupe pas de sa distribution. C'est là, ce me semble, un troisième caractère qu'il faudra, à l'avenir, rechercher chez tous les trembleurs. On arrivera ainsi à localiser, mieux qu'à l'aide des autres caractères, le siège de la lésion, en distinguant le tremblement

nerveux périphérique, le tremblement radiculaire et le tremblement segmentaire spinal.

Séance du jeudi (soir). — PRÉSIDENCE DE M. DOUTREBENTE.

On procède tout d'abord à la nomination du président du Congrès de Limoges en 1901. M. le D[r] Gilbert BALLET est élu.

Note sur l'asile des aliénés de Marseille : son passé, son présent, son avenir ; par MM. BOUBILA, MAUNIER et COSSA.

Messieurs, vous avez visité hier l'Asile Saint-Pierre. Construit en 1838 pour 800 malades au maximum sur un plan qui avait le mérite de l'unité et de la symétrie, il répondait à l'idéal que l'on se faisait alors d'un asile modèle. Mais combien sont nombreuses les imperfections que l'hygiène y relève aujourd'hui au double point de vue du bien-être physique et moral de l'aliéné !

Vous avez vu ces cours étroites, bornées, sans horizon, sans ombrages en été, véritables cours de prison où l'on semble avoir voulu mesurer parcimonieusement à l'aliéné, comme au détenu, l'air, la lumière et surtout la vue des champs, si utiles pour le traitement des vésanies ! Vous avez vu ces chambres d'isolement, ces anciennes cellules où le soleil entre si peu, qui s'ouvrent sur un couloir obscur et ne prennent le jour que par une fenêtre sur la cour de la division. Que nous sommes loin de cet idéal d'un asile construit dans un site riant, un peu surélevé, dominant la campagne, avec un large horizon et de grands jardins !

Vous avez vu aussi, Messieurs, l'encombrement de toutes nos divisions et particulièrement de nos divisions de gâteux où nous sommes dans la nécessité d'entasser pêle-mêle des déments, des agités et des impotents. Et cet encombrement ne fait qu'augmenter tous les jours avec le chiffre toujours croissant de nos admissions ! Nous avons réuni en un tableau comparatif les chiffres de la population masculine et féminine de l'Asile Saint-Pierre depuis 1887[1]. Nous y avons ajouté, en regard, le tableau de la population de Marseille. L'étude comparative de ces tableaux vous montrera le nombre des aliénés s'élevant, tous les jours, d'un mouvement plus rapide que celui de la population ; et cet accroissement doit éveiller l'attention de l'Administration supérieure, car il menace de déborder l'enceinte trop étroite de notre asile.

Sur l'initiative du service médical, la Commission administrative de l'Asile a dû se préoccuper depuis longtemps de cette situation. Elle a paré au plus pressé en construisant des quartiers sup-

[1] Notre statistique ne remonte pas avant 1887 parce qu'avant cette date l'asile Saint-Pierre hospitalisait les malades du département du Var internés aujourd'hui à l'asile de Pierrefeu.

plémentaires : le pensionnat des hommes et son quartier de traitement; les bâtiments actuels de l'administration pour installer dans ses anciens locaux le pensionnat des Dames; la division des épileptiques femmes, etc..... Et ainsi depuis vingt ans, elle a dû verser tous les cinq ou six ans dans nos bâtiments supplémentaires le trop-plein des quartiers anciens. Récemment encore, elle a mis en adjudication la construction d'une infirmerie de femmes qui va être entreprise sous peu. Mais cette méthode a des inconvénients; ces constructions annexées pour les besoins du moment à l'ancien plan de l'asile n'ont fait qu'en exagérer les défauts primitifs : elles ont rétreci les cours déjà trop étroites, borné l'horizon déjà trop restreint, et, si l'on ne se décide à adopter une méthode plus clairvoyante, on aura, dans quelques années, une agglomération disparate de bâtisses disposées sans ordre ni symétrie et, ce qui est plus grave, défectueuses comme hygiène [1].

Cette situation, nous ne l'ignorons pas, n'est pas spéciale à l'Asile Saint-Pierre : on a dû se préoccuper un peu partout, mais surtout dans les asiles qui sont aux abords des grandes villes, de l'augmentation inquiétante du chiffre des aliénés. On a signalé depuis longtemps les inconvénients que présentent, tant au point de vue administratif que médical, ces énormes agglomérations de 1200, 1500 et même 1800 malades. On est d'accord sur ce principe qu'il ne faut pas que la population totale d'un asile dépasse le chiffre de 5 ou 600 malades et qu'un même médecin en chef ait dans son service plus de 300 aliénés. Or, à Saint-Pierre, nous avons près de 1400 malades, et chacun de nos services en compte plus de 600!

Nous avons pensé qu'il était du devoir des médecins de l'Asile de signaler cet état de choses à l'attention des pouvoirs compétents et d'emprunter la publicité du Congrès pour donner plus de portée à notre voix. Il n'a pas échappé, du reste, à la prévoyance de nos administrations à qui il incombe de l'améliorer. Il serait à désirer que l'on entrât résolûment dans la voie des réformes, car la situation ne fait que s'aggraver de jour en jour.

Plusieurs projets ont été proposés pour y remédier : la création de fermes suburbaines où l'on pourrait évacuer tous les chroniques valides; l'aliénation des terrains de l'Asile Saint-Pierre et la construction d'un ou de plusieurs asiles dans les environs de Marseille... Il ne nous appartient pas de discuter en détail l'économie de chacun de ces projets, mais nous croyons devoir dire quel est celui qui nous paraît répondre le mieux à toutes les exigences de l'hygiène aux nécessités d'une bonne administration et au besoin de

[1] Nous reviendrons sur cette pratique déplorable qui consiste à ajouter toujours et sans cesse aux asiles de nouveaux bâtiments de malades, sans penser qu'au fur et à mesure les services généraux deviennent insuffisants. (B.)

l'enseignement de l'aliénation mentale à Marseille dont nous ne devons pas nous désintéresser.

Il est en effet, Messieurs, une idée chère aux Marseillais, c'est celle de voir un jour Marseille dotée d'une faculté de médecine. L'administrateur chargé de solutionner l'hospitalisation des aliénés doit se préoccuper de réserver aux abords de la ville une clinique pour l'enseignement des maladies mentales. Le premier des projets dont nous avons parlé plus haut, celui qui consisterait à créer des fermes suburbaines, diminuerait, sans doute, l'encombrement de l'Asile, mais il n'apporterait aucun remède aux défectuosités que nous y avons signalées. — Le second projet, celui qui transporterait l'Asile en totalité dans la banlieue, se heurterait à cette difficulté que l'enseignement deviendrait impossible à cause de l'éloignement.

Il existe un second projet qui semble répondre à tous ces besoins, à toutes ces préoccupations ; il se résume ainsi : laisser à Saint-Pierre un service d'administration où seraient retenus, pour les besoins de l'enseignement, les malades aigus et, parmi les chroniques, ceux qui seraient justiciables d'une intervention thérapeutique ; transporter les incurables à la campagne, soit dans des fermes ou colonies, soit dans un asile construit avec tous les perfectionnements de l'hygiène moderne. Le chiffre des malades à garder pour le service de l'admission à Saint-Pierre pourrait être réduit à 100 ou 150 au maximum. On pourrait, par des modifications au plan actuel de l'Asile, en démolissant une partie des anciens locaux, en améliorant le reste, les loger confortablement. Il ne nous appartient pas d'étudier ce projet au point de vue budgétaire ; il nous suffit, à nous médecins de l'Asile, de signaler par la voie du Congrès combien ce problème de l'hospitalisation des aliénés à Marseille est digne d'intérêt et d'indiquer la solution qui nous paraît le mieux répondre à toutes les exigences de la situation..... (Voir p. 382).

Dégénérescence et neurasthénie.

M. Bidon. — Le *dégénéré* est un être qui, en présence d'obstacles à son évolution, n'a pu se développer dans le sens du progrès de l'espèce, a dévié vers des formes pathologiques dont l'enchaînement conduit à sa disparition ou à celle de sa descendance. Le *neurasthénique* a perdu l'équilibre du système nerveux. Un surmenage quelconque (fonctionnel, émotif, toxique, etc.) a fatigué le point trop excité d'abord, puis tout l'appareil nerveux. Mais pour cela il a fallu une prédisposition acquise ou héréditaire que la statistique de mes 200 observations permet de classer : 1° 44 fois il n'y avait pas d'hérédité morbide appréciable: ici la neurasthénie débute tardivement, de trente à quarante ans, au plus fort de la

concurrence vitale, et le plus souvent elle est peu grave. Dans les cas où il y a hérédité morbide, le début de la neurasthénie est précoce; il a lieu 45 fois avant vingt ans. Par contre, l'hérédité apoplectique est celle qui révèle le plus tardivement son action. 2° Sur cette prédisposition héréditaire ou acquise les causes occasionnelles font germer la neurasthénie. Le surmenage professionnel agit 53 fois, les chagrins 27, les excès génitaux 17, la grippe 17, les soucis d'affaires 19, l'alcoolisme 3 fois. Enfin, dans 19 cas, je n'ai pas trouvé de cause. Ici encore l'intensité de la cause déterminante nécessaire est en raison inverse de la prédisposition héréditaire. 3° La neurasthénie a donc des parentés étiologiques avec la dégénérescence. L'étude de la descendance des neurasthéniques le montre. Sur mes 200 malades, 51 sont célibataires et 149 mariés. Sur les 129 ménages, 42 sont stériles, soit 28,18 0/0, proportion peu inférieure à la moyenne. Les autres ont 152 enfants que l'on peut classer ainsi : 1 supérieur, 32 normaux, 24 morts d'éclampsie, 20 à troubles physiques (5 ont de l'arthritisme, 4 de la débilité, 3 des paralysies infantiles, 2 sont tuberculeux, 2 chlorotiques, 2 scrofuleux, 1 obèse et 1 acropathique). 87 ont des tares psychiques (35 bizarres ou impulsifs, 15 hystériques, 7 neurasthéniques, 5 idiots, 4 mélancoliques, 3 dipsomanes, 2 bègues, 1 vagabond). Cela prouve que la neurasthénie est, comme on l'a dit, une porte d'entrée de la dégénérescence. Toutes les deux du reste paraissent être la conséquence d'une même cause dyscrasique, l'arthritisme, qui fait périr en quelques générations toutes les familles urbaines qui ne savent pas se régénérer par des apports de sang rural.

Fausse angine de poitrine consécutive à un rêve subconscient.

M. Paul Farez. — Une dame âgée de trente-cinq ans, mariée, mère de famille et manifestement hystérique, se plaint de palpitations et d'angoisse précordiale. Elle se croit atteinte de cardiopathie; en réalité, il s'agit de topoalgies qui cèdent facilement à la suggestion. Mais ces topoalgies récidivent avec ténacité. C'est qu'elles sont sous la dépendance d'un rêve terrifiant, toujours le même, oublié au réveil mais persistant à l'état subconscient et susceptible d'être retrouvé pendant le sommeil hypnotique. Grâce à la suggestion, ce rêve est inhibé, le sommeil naturel devient exempt de cauchemar et la santé générale se rétablit. Mais, quelques mois après, de violentes émotions surviennent, la vie de famille est désorganisée et cette même dame souffre d'une crise angineuse très intense. Il s'agit d'une *fausse* angine de poitrine pour la triple raison suivante : 1° symptomatologie spéciale : 2° terrain hystérique; 3° absence de toute lésion cardiaque. Or, cet accès angineux a été la copie fidèle et la reproduction exacte d'un rêve survenu pendant la nuit qui a précédé la crise, mais oublié,

lui aussi, pendant la veille normale et resté à l'état subconscient; une circonstance de peu d'importance a suffi pour donner le branle et lâcher la bride à tout le complexus d'associations qui s'étaient peu de temps auparavant systématisées sous la forme onirique.

Ainsi en présence d'une fausse angine de poitrine hystérique, on a le devoir de rechercher systématiquement si elle ne comporte pas une origine psychique, consciente ou subconsciente, comme, par exemple, un rêve. Le syndrome angineux n'a qu'une valeur séméiologique; le traitement et la prophylaxie exigent un diagnostic non pas seulement nosologique, mais *étiologique ;* il ne suffit pas de convaincre le malade qu'il ne présente aucune lésion cardiaque, il faut encore et surtout le prémunir contre la réapparition de la cause souvent morale qui a engendré ce syndrome. Enfin l'hypnotisme peut assurer la découverte de cette cause soupçonnée; il permet d'en extirper le souvenir et d'en prévenir le retour ; il rétablit le calme dans ces organismes troublés; il est capable de réaliser à lui seul cette *thérapeutique morale* dont Huchard a dit avec tant de raison qu'elle était, dans ce cas, plus efficace que toute intervention médicamenteuse.

Les lésions histologiques du système nerveux central dans la chorée chronique héréditaire.

M. Rispal (de Toulouse) a eu l'occasion de pratiquer l'examen histologique du système nerveux central d'un sujet atteint de chorée chronique héréditaire avec démence et ayant succombé à une attaque apoplectiforme. La méthode de Nissl a permis de constater une diminution du nombre des cellules pyramidales des deuxième et troisième couches de l'écorce cérébrale dans les zones psychomotrices, une atrophie dégénérative plus ou moins avancée de la plupart de celles qui subsistent, et enfin une infiltration interstitielle très abondante de petites cellules rondes de nature vraisemblablement névroglique dans les parties profondes de l'écorce et principalement autour des cellules pyramidales en voie d'atrophie. L'existence de lésions à la fois parenchymateuses et interstitielles de l'écorce permet d'expliquer la production des mouvements choréiques et des troubles mentaux dans la maladie d'Huntington.

Interventions chirurgicales chez les aliénés.

M. Febvré présente en son nom et en celui de M. Picqué un rapport sur l'amélioration et même la guérison qui ont suivi certaines opérations faites dans son service de Ville-Evrard.

Nous publierons une analyse détaillée de cette très intéressante communication.

M. Vallon cite un cas de paralysie générale qui s'est amendée à la suite d'une opération chirurgicale.

M. Febvré, répondant à M. Régis, dit que dans les cas rapportés il ne s'est jamais agi d'enlever d'organes sains, on n'a appliqué que les soins chirurgicaux qui sont appliqués ordinairement dans les hôpitaux. Il demande simplement si le Congrès juge utile qu'on emploie cette pratique avec toutes les précautions employées dans les hôpitaux.

M. Vallon. — Au fond, la question de la chirurgie des aliénés se ramène à un point de vue simple : il faut simplement traiter les aliénés comme des gens ordinaires, la folie n'étant pas une contre-indication.

M. Rouby a observé une femme qui se plaignait d'avoir un serpent dans le vagin; elle avait des ulcérations sur le col. Après cautérisation et guérison, les idées délirantes disparurent.

M. Bidon pense que les lésions utérines sont tantôt causes, tantôt simplement coexistantes des idées délirantes.

M. Mabille dit qu'il serait utile que chacun fît dans les asiles la statistique des guérisons obtenues par suite d'une opération chirurgicale.

Sclérose en plaques médullaire consécutive à une arthrite tuberculeuse de l'épaule.

MM. Launois et Paviot rapportent l'histoire d'une femme de 46 ans, porteur depuis 30 ans d'une arthrite tuberculeuse de l'épaule droite. Elle était entrée pour une hémiplégie droite progressive ayant débuté vers l'âge de 40 ans, sans ictus, ayant respecté la face, ne s'accompagnant pas d'atrophie : réflexes exagérés et trépidation épileptoïdes plus marquée à droite. Pas de troubles de la sensibilité, mais dans les derniers temps quelques douleurs à caractère fulgurant. Le bras gauche commençait à se prendre lorsque la malade commença à présenter les phénomènes bulbaires qui amenèrent brusquement la mort dans un accès.

A l'autopsie, rien au cerveau, pas de lésions de la colonne vertébrale ni des méninges médullaires. Sclérose en plaques typique : plusieurs petites plaques grisâtres, d'aspect gélatineux, sur la moelle dorsale de l'un et l'autre côté. A la partie supérieure de la moelle cervicale double tache scléreuse ne respectant que le pyramidal croisé et, dans les faisceaux postérieurs, plaque également symétrique, ne laissant indemnes que les parties latérales du faisceau de Burdach. Au niveau du renflement brachial et au-dessous, la plaque est limitée au côté droit, etc. Pas de plaques sur le bulbe ni sur le renflement lombaire. Sur toutes les coupes présentées, on retrouve une périartérite très manifeste. Les auteurs, après avoir indiqué les particularités cliniques du cas, insistent sur

les rapports de l'arthrite tuberculeuse et de la lésion médullaire. Ce fait leur paraît une démonstration nette de l'origine infectieuse de la sclérose en plaques (Kahler et Pick, P. Marie).

Paralysie alterne supérieure au cours d'une méningite tuberculeuse.— Ramollissement du pédoncule central par thrombose de la veine basilaire.

M. Léon D'Astros. — Un enfant de 13 ans fait pendant quelque temps de la tuberculose pulmonaire et surtout ganglionnaire trachéo-bronchique, lorsque quelques symptômes cérébraux se montrent : tristesse, inertie, etc. Un mois après son entrée, le petit malade est pris d'un engourdissement de la jambe gauche et de secousses convulsives localisées qui font diagnostiquer une plaque de méningite dans la région paracentrale. Huit jours après se développe, en 12 heures, une paralysie alterne supérieure (syndrome de Weber) constituée par une hémiplégie droite complète portant sur la face et les membres avec exagération du réflexe tendineux et d'autre part du côté gauche un ptosis avec strabisme externe et dilatation pupillaire avec immobilité ; on rapporte ce syndrome nouveau à un ramollissement du pédoncule cérébral gauche. L'enfant succomba au bout de cinq jours. L'autopsie démontra une tuberculose très avancée des ganglions bronchiques dont quelques-uns ont acquis le volume d'un œuf, ainsi qu'une petite caverne daus le poumon droit. L'examen du cerveau fit constater ainsi qu'on l'avait prévu : 1° des plaques de méningite tuberculeuse sur la région paracentrale symétrique, mais beaucoup plus marquée à droite ; 2° un ramollissement du pédoncule cérébral gauche s'étendant à la partie inférieure de la couche optique et à l'extrémite de la corne sphénoïdale. Les régions ramollies présentaient à leur surface une teinte ecchymotique, et la pathogénie de ce ramollissement du pédoncule cérébral relève très habituellement d'*oblitération artérielle* portant soit sur le tissu de la cérébrale postérieure, soit sur les branches qui en naissent à son origine. Ici le système artériel fut trouvé complètement intact. Par contre, il fut constaté une *thrombose complète de la veine basilaire gauche*, tronc important qui reçoit les veinules du pédoncule et va se jeter dans la veine de Galien. Quant à la cause de cette thrombose, elle relève probablement de lésions tuberculeuses, mais elle n'a pu être démontrée avec certitude.

M. D'Astros dépose un rapport sur un cas de paralysie alterne supérieure survenue chez un enfant de treize ans au cours d'une méningite tuberculeuse : hémiplégie droite de la face et des membres, ptosis avec strabisme interne et dilatation pupillaire; mort au bout de cinq jours. A l'autopsie, ramollissement du pédoncule cérébral par thrombose de la veine basilaire.

Albuminurie après les crises épileptiques.

MM. Lannois et Mayet. — 50 cas observés. L'albuminurie a tantôt été constante, tantôt inconstante ou nulle ; d'autres fois il y a eu albuminurie avec lésions rénales. Toutefois cette albuminurie n'est ordinairement qu'un phénomène fugace. Les auteurs pensent que la présence de l'albumine dans l'urine de certains malades est liée à l'intensité de l'asphyxie plus ou moins grande qui accompagne la crise, la constriction vaso-motrice des artérioles, le ralentissement du cœur et la stase veineuse dans la phase tonique réalisent les meilleures conditions pour le passage de l'albumine à travers le rein.

M. Giraud présente au nom de M. Samuel Garnier (de Dijon), un rapport sur un aliéné incendiaire méconnu et condamné après expertise médico-légale.

Traitement de l'attaque d'épilepsie par le trional.

M. Maunier (asile Saint-Pierre de Marseille). — Après quelques considérations sur l'étiologie, la pathogénie, la physiologie pathologique, la description de la folie épileptique, communication sur le traitement nouveau par le trional. Les observations sont divisées en trois groupes : 1° celles dans lesquelles le trional agit en supprimant l'attaque, la chute proprement dite ; 2° celles dans lesquelle il agit en supprimant les troubles psychiques, l'excitation, la fureur épileptique ; 3° celles dans lesquelles il agit en supprimant, en modifiant les attaques et l'excitation consécutive. Le trional est donné à la dose de 0 gr. 50 centigr., 1, 2 et 3 grammes suivant les cas, dans du thé chaud ou en injection hypodermique en solution dans l'éther, l'alcool ou la glycérine. Il est important d'administrer le trional en temps voulu. Dans la première observation, type du premier groupe, les attaques précédées d'aura motrice sont suspendues. Dans celles du quatrième groupe, la fureur épileptique ne s'est pas reproduite depuis un an, alors qu'antérieurement à l'institution du traitement par les bromures, le malade entrait dans un état de fureur redoutable qui nécessitait son isolement dans une cellule matelassée. Les attaques qui se produisaient jadis au nombre de 240 à 250 par an, ont été réduites dans cette dernière année à 58. Dans celle du troisième groupe, le malade soumis au traitement par le trional depuis un mois environ, les attaques ainsi que l'excitation violente, la fureur ont été suspendues.

Des observations cliniques nouvelles sont à recueillir, des expériences physiologiques doivent être faites.

Deux cas d'astasie et d'abasie : M. GRASSET (de Riom).

Recherches cliniques sur la chorée de Sydenham : M. le Dr ODDO.

Traitement thermal du tabes : M. le Dr BELUGOU (de Lamalou).

Les insensés au XVIIIe siècle : MM. COSSA et MOUTON.

Traitement des névrites périphériques par le massage et les vibrations mécaniques : M. le Dr BOUISSON.

Quelques cas d'obsession urinaire; maux perforants plantaires précurseurs de l'ataxie dans le tabes : M. le Dr REYNÈS.

BANQUET DU CONGRÈS

A 8 heures du soir, dans les grands salons de la Maison Dorée, un banquet intime réunit soixante à quatre-vingts convives. M. Flaissières, maire de Marseille, assistait à ce banquet ainsi que M. Schrameck, secrétaire général de la préfecture, et M. le Dr Livon, l'aimable directeur de l'École de médecine. Une cordiale animation règne. Plusieurs toasts sont portés par MM. Doutrebente, Flaissières, Régis, Vallon, Gilbert-Ballet qui a été élu président du Congrès de Limoges en 1901. Nous reproduisons le toast de M. DOUTREBENTE :

Mesdames, Messieurs,

Je vous propose de porter la santé du représentant du gouvernement de la République, secrétaire général de la Préfecture des Bouches-du-Rhône, dont le prestige à nos yeux est accru par ce fait qu'il appartient, de très près, à la famille médicale par sa parenté étroite avec le professeur Bernheim qui fut souvent notre collègue et nous a donné, à plusieurs reprises, des preuves certaines d'amitié et de sympathie.

Nous osons espérer, Monsieur le Secrétaire Général, qu'en acceptant pour vous l'assurance de nos sentiments dévoués, vous informerez votre très estimé parent, le professeur Bernheim, du témoignage ardent de confraternité et d'admiration que nous professons pour sa personne et ses travaux scientifiques.

Monsieur le Maire,

Il s'est produit à Marseille, en notre faveur, grâce à votre intervention et aux relations de notre collègue, le docteur Boubila, un mouvement rapidement généralisateur qui s'est propagé des corps administratifs et électifs, au conseil général, au conseil municipal et au corps médical Marseillais.

Vous avez tenu, Monsieur le Maire et aussi vos collègues du

conseil municipal, à démontrer que rien de ce qui intéresse le mouvement scientifique ne vous était indifférent et vous avez voulu l'affirmer mardi soir à des philanthropes passionnés, dont la sphère d'action se borne à prendre soin des êtres choisis parmi les plus malheureux et les plus déshérités de l'espèce humaine.

Si, d'un côté, vous pensez sans cesse à développer les conditions du bien-être de chaque citoyen en lui facilitant les moyens de s'instruire et de développer ses facultés physiques, morales et intellectuelles, en lui donnant, en un mot, la préparation nécessaire à la lutte pour l'existence ; nous avons, nous, d'un autre côté, la noble mission de recueillir, consoler et souvent de guérir les vaincus, les blessés de cette lutte, les faibles ou les dégénérés.

Nous poursuivons donc, en réalité, en des circonstances différentes, le même idéal, le même but philanthropique, humanitaire et social ; nous devions nous rencontrer un jour, car nous avons aussi la même devise, la fraternité avec et pour sanction pratique et tangible, la solidarité.

A votre santé, Monsieur le Maire ; nous garderons de la soirée passée à l'Hôtel de Ville, un long et agréable souvenir.

Je lève aussi mon verre en l'honneur de notre excellent ami et digne collègue, le docteur Boubila, l'organisateur réel de ce Congrès et j'ajoute que je ne puis le séparer, en ce toast, du secrétaire anonyme et discret que fut Mme Boubila. Bien souvent je me suis reproché d'avoir apporté, depuis six mois, dans leur vie intime et si loyalement unie, le trouble occasionné par les préoccupations multiples et incessantes de la préparation d'un congrès ; mais je m'en réjouis aujourd'hui, puisque la réussite a couronné leurs efforts et, qu'ainsi, ils sont largement récompensés de leurs peines.

A votre santé, mon cher Boubila et à celle de votre digne compagne, Mme Boubila.

Je lève encore mon verre en l'honneur du docteur Anglade, qui, à l'occasion d'un rapport sur les délires systématisés secondaires a fait un travail de longue haleine, dont on ne saurait trop louer la valeur intrinsèque, l'importance et les conséquences ultérieures ; il a dû mettre au point, et il a réussi, l'une des questions les plus discutables et des moins étudiées on ne sait pourquoi, de la pathologie mentale.

Que nous disait-on jadis, à propos des médecins-adjoints, qu'ils ne faisaient rien en province, et que n'a-t-on pas dit du docteur Anglade lui-même qui, modeste médecin-adjoint en province savait, comme le juste, se contenter de son sort et demandait à se recueillir et à travailler dans le silence et le calme du laboratoire. Nous l'avons arraché à ce silence et à ce calme, pour notre plus grand profit à tous ; il nous a, en effet, donné un travail qui fera époque dans notre spécialité.

Le docteur Anglade a su, par l'étendue de ses connaissances bibliographiques, nous faire connaître les travaux faits à l'étranger, et il a réussi par une heureuse combinaison de ses qualités de psychologue, de clinicien et d'histologiste à nous initier à la réalité et à la multiplicité des délires systématisés secondaires.

A votre santé, cher monsieur Anglade, et à celle de votre premier maître en médecine mentale, le docteur Régis de la Faculté de Bordeaux.

Je porte encore la santé du Dr Taty, chef de clinique du professeur Pierret (de Lyon), l'un de nos rapporteurs qui prendra demain la parole à la séance matinale ; nous le connaissions depuis longtemps et nous savions qu'en le désignant pour traiter la question des aliénés méconnus et condamnés, il saurait produire un travail, que mieux que personne, il était en mesure de mener à fin, puisque déjà médecin aliéniste, il a tenu à faire son droit.

A votre santé, mon cher collègue et aussi à celle de votre savant maître, le professeur Pierret.

Dans quelques jours, les pouvoirs du Président du Congrès actuel cesseront, mais déjà le succès du congrès de Limoges est assuré par la nomination du Dr Gilbert Ballet, que vous avez nommé Président, il y a quelques heures, avec une si touchante unanimité. Ce résultat, Messieurs, était attendu par nous, et il m'autorise presque à ne pas remercier le Dr Ballet du service immense qu'il a rendu au Congrès, en traitant ce matin avec l'autorité incontestable et incontestée, qui lui appartient, la question des psychoses poly-névritiques ; ce qu'il y avait à faire, vous l'avez fait, Messieurs, et je ne saurais mieux faire.

Mesdames, Messieurs, je porte la santé du Dr Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux de Paris, président du congrès de Limoges en 1901.

M. le Dr Boubila a pris ensuite la parole :

Mesdames, Messieurs.

Avant de répondre aux paroles trop flatteuses de notre éminent Président, permettez-moi de lever mon verre à vous, Mesdames, qui avez bien voulu honorer ce banquet de votre présence.

Vous avez pu tous admirer dans notre palais de Longchamps, les immortelles fresques du maître Puvis de Chavannes, si épris de la beauté antique. Ne penserez-vous pas avec moi, Messieurs, qu'un Phocéen, fondateur de cette cité, un des joyaux de la patrie, réveillé de son sommeil séculaire et mis en présence de ces pages sublimes, les contemplerait avec la sensation d'une chose vécue. Il y reconnaîtrait ses compagnons, ses sœurs, et s'il

pénétrait dans cette enceinte, il vous croirait, Mesdames, descendues du cadre.

Notre Président, que vos suffrages ont élevé à cette fonction enviée de présider une élite, et qui le mérite si bien par ses qualités de science, de parole et de cœur, a bien voulu m'honorer de ses éloges. Je les accepte volontiers, mais, en les portant plus haut.

C'est à MM. le Préfet, le Président du Conseil général, le maire, le directeur de l'École de médecine que vous auriez dû vous adresser, mon cher Président. Ce sont eux qui méritent vos éloges et notre reconnaissance pour le haut appui moral qu'ils ont apporté au Congrès à sa naissance et pour les subventions qu'ils nous ont votées et qui ont permis au nouveau-né de parcourir une carrière qui méritera, je l'espère, votre approbation.

Permettez-moi de lever mon verre en leur honneur, sans oublier le Corps médical marseillais tout entier, dans lequel je suis fier de compter de si nombreux amis.

Je vous prierai de m'autoriser en votre nom à remercier la *Société Médico-chirurgicale des Hôpitaux*, si brillamment représentée par son Président M. le professeur Arnaud.

Nos confrères des hôpitaux, dont la science est si connue et le dévouement aux déshérités si apprécié, ont voulu vous donner une éclatante marque de leurs sentiments de bonne confraternité en vous invitant hier à une brillante et cordiale réception.

Je suis sûr d'être l'interprète de tous mes collaborateurs, notre dévoué trésorier le Dr Lachaux, mes collègues de l'Asile et mes confrères de la ville qui, au nombre de plus de 50, ont répondu à notre appel, en vous disant que nous ne désirons qu'une récompense, c'est que vous emportiez un souvenir durable de votre visite à Marseille.

Permettez-moi, au nom du Congrès, d'adresser à Monsieur le Ministre de l'Intérieur, nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en déléguant à nos séances M. le Dr Drouineau, Inspecteur général, qui a apporté au Congrès la valeur éminente de sa personne et de ses fonctions.

Je bois à la santé des maîtres de la science aliéniste et neurologiste dont la parole autorisée a jeté un si vif éclat sur nos séances.

Nous avions espéré posséder ce soir au milieu de nous, Mme et M. Paul Boude, fille et gendre du savant aliéniste, le regretté Sauze. Ils n'ont pu, à leur grand regret et au nôtre, accepter l'invitation qui leur avait été adressée. Qu'ils veuillent bien agréer tous les deux notre reconnaissance émue pour le don gracieux qu'ils ont bien voulu faire au Congrès du Menu artistique placé sous vos yeux et qui représente fidèlement les traits d'Aubanel et de la photographie de Sauze que vous trouverez plus tard dans le volume du Congrès.

Vous m'en voudriez certainement, Messieurs, si je terminais sans adresser de chaleureux remerciements à MM. les docteurs Motet, de l'Académie de médecine et Petrucci, directeur médecin qui nous ont si magistralement précédé dans le dernier Congrès d'Angers, que nous craignons d'être restés au-dessous de notre tâche.

Le médecin-chef de l'asile Saint-Pierre, M. Boubila, a su bien organiser les choses. Grâce à son zèle infatigable, il a été possible de suivre le développement d'un programme dont l'ordre n'est troublé par nulle fâcheuse lacune. B.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Séance du 27 *novembre* 1898.

N. Versiloff. — *Les fonctions du cervelet (recherches expérimentales), avec présentations des animaux, des pièces anatomiques et des dessins.*

Dans la première série de ses expériences, Versiloff procédait à des excitations mécaniques, chimiques et électriques du cervelet après l'ablation des hémisphères. En voici les conclusions :

1° Tous les phénomènes qu'on observe à la suite de l'excitation directe du cervelet se rapportent exclusivement à la fonction du mouvement ; 2° Les phénomènes moteurs sont de la même nature que ceux produits par l'excitation de l'écorce cérébrale ; ce sont notamment des contractions cloniques ou toniques de divers groupes musculaires ; 3° En ce qui concerne les localisations motrices du cervelet, il résulte que la moitié droite du cervelet se trouve en rapport avec la moitié droite du tronc; la moitié gauche du cervelet correspond au côté gauche du tronc : le lobe moyen se trouve en rapport indistinctement avec les deux côtés du tronc ; le vermis supérieur correspond aux membres inférieurs ; sa partie postérieure et inférieure correspond aux membres supérieurs ; 4° En outre le cervelet se trouve en rapport avec les muscles de la peau ; 5° Les mouvements oculaires se trouvent sous le contrôle direct du cervelet ; des points bien déterminés de l'écorce cérébelleuse commandent les différents mouvements des globes oculaires; 6° Les mouvements oculaires sont des mouvements associés ;

7° L'excitation du cervelet produit des mouvements nystagmiformes des globes oculaires; ces mouvements très variés se produisent principalement dans les quatre directions suivantes : nystagmus horizontal, vertical, diagonal et rotatoire ; les mouvements nystagmiformes sont toujours bilatéraux; 8° En plus des mouvements oculaires habituels, on observe encore de la propulsion et de la rétropulsion des globes oculaires; 9° Les mouvements de clignotement des paupières peuvent être exagérés ou arrêtés complètement ; 10° On note encore du côté des yeux quelques phénomènes vasomoteurs, à savoir une certaine hyperémie de la conjonctive et de la cornée du même côté ; 11° Il existe une relation très intime entre le cervelet et le cerveau, et notamment avec les centres corticaux ; 12° Il s'agit d'un rapport *croisé*, et qui se révèle dans ce sens que l'ablation préalable d'une hémisphère du cervelet entraîne une hyperexcitabilité de l'hémisphère opposée du cerveau, et vice versa (l'ablation d'un hémisphère cérébral amène une hyperexcitabilité de l'hémisphère cérébelleux du côté opposé) ; 13° L'ablation des centres corticaux ou d'un hémisphère du cervelet n'altère pas la nature des phénomènes qu'on obtient en excitant divers territoires du système nerveux ; elle ne fait qu'en exalter l'excitabilité.

Les phénomènes de défaut de fonction du cervelet ont été étudiés par l'auteur sur quatre chiens opérés de la façon suivante : section sagittale du cervelet sur la ligne médiane chez le premier ; ablation du lobe moyen chez le deuxième, ablation de l'hémisphère gauche du cervelet chez le troisième, et ablation totale du cervelet chez le quatrième. — Voici les conclusions :

1° Le phénomène principal lié à l'ablation partielle ou totale du cervelet consiste dans le trouble de l'équilibre très prononcé au commencement, et qui s'atténue progressivement pendant des mois jusqu'au rétablissement complet même dans les cas d'ablation complète du cervelet ; 2° Le trouble de l'équilibre tient apparemment à la perte du tonus musculaire, insuffisamment compensé par le cerveau ; 3° Les phénomènes de faiblesse musculaire n'apparaissent pas immédiatement après l'opération, lorsque prédominent les phénomènes spasmodiques, mais plus tard, et ils leur succèdent ; 4° Les mouvements ataxiques de la tête et du tronc qu'on observe à la suite de l'ablation partielle ou totale du cervelet, de même que le tremblement qui augmente à l'occasion des mouvements volontaires et porte le caractère du tremblement intentionnel ne peuvent guère s'expliquer uniquement par l'insuffisance de la compensation du côté du cerveau, comme le pensent certains auteurs; 5° L'extirpation totale ou partielle du cervelet augmente l'excitabilité réflexe; 6° Tous ces phénomènes se trouvent en rapport de localisation précise avec telle ou telle partie du cervelet, à savoir que chaque hémisphère du cervelet correspond à

la moitié du tronc du même côté; le vermis répond aux deux côtés; 7° Le cervelet n'a pas de rapport chez les animaux avec la sensibilité cutanée; 8° L'ablation du cervelet a une grande influence sur l'état général de l'animal et entraîne une cachexie rapide qui amène souvent la mort; 9° L'ablation du cervelet amène des troubles graves de la sphère psychique ; l'animal opéré devient très excitable, très peureux, caressant, il cherche la solitude et cesse d'aboyer. — L'auteur se propose de poursuivre ces recherches expérimentales.

Au cours de la *discussion*, des remarques ont été faites par MM. MOURATOW et KOJEWNIKOW.

Le Comité de la *Société des Médecins Russes en mémoire de N.-I. Pirogoff* ayant demandé à la *Société de Neuropathologie et de Psychiatrie de Moscou* d'émettre un avis *sur la nécessité d'introduire la folie parmi les causes légales du divorce*, celle-ci a formé une Commission sous la présidence de M. le professeur S. Korsakoff. Voici le résumé du rapport de la Commission à ce sujet, présenté par M. KORSAKOFF, président :

Après avoir fait l'historique de la question d'après les données de la législation et de la littérature russe et étrangère, le rapporteur formule les arguments les plus importants des adversaires de ce projet de loi, lequel : 1° ne répondrait pas à l'idéal du mariage ; 2° nuirait aux intérêts des malades et des partis contractants d'autant plus que, 3° il est difficile de préciser les maladies qui excluent toute aptitude à une cohabitation conjugale physique ou morale, et que, 4° il est facile de commettre des erreurs en déclarant une maladie incurable. Mais à cela il y a lieu d'objecter les raisonnements suivants :

1° L'idéal du mariage n'est guère réalisable pour tout le monde, et les mesures législatives ne suffiraient pas à relever l'idée du mariage; 2° Dans la plupart des cas, l'aliéné incurable n'a pas conscience de ses droits, n'en jouit pas et ne sent pas le besoin de les exercer, sans parler que la natalité est très faible dans ces cas. Même si le divorce devait porter atteinte à l'état du malade, il serait difficile de mesurer exactement le degré du mal, tandis que l'utilité de la séparation est incontestable et évidente pour l'époux bien portant, surtout lorsqu'il s'agit d'un malade violent et dangereux ; 3° Dans les cas difficiles, les experts ne manqueront pas à formuler leurs hésitations, ce qui ne leur empêchera pas de prononcer catégoriquement dans les cas simples et précis; 4° Les erreurs d'expertise sont possibles dans d'autres questions judiciaires jugeant le divorce ; il faut seulement que les erreurs médicales ne soient pas plus fréquentes que les autres.

Après avoir émis un avis favorable à l'admission de la folie comme cause légale du divorce, le rapporteur conclut qu'il faut la

réserver aux cas : 1° incurables et, 2° rendant impossible la cohabitation conjugale. Ces deux questions doivent être décidées par des experts, au nombre de trois au moins, désignés par le tribunal, et après une observation du malade pendant trois mois au moins. La demande en divorce ne pourra être soulevée que lorsque la maladie aura existé pendant cinq ans au moins, cependant pour les cas d'évidence extrême la durée de la maladie pourra être réduite à trois ans.

Discussion. — M. Boutzke croit que la nouvelle loi, très judicieuse au point de vue théorique, sera très difficile à appliquer et n'atteindra pas le but proposé.

M. Serbsky croit qu'il ne suffit pas d'émettre un avis favorable, mais qu'il faut déclarer la nouvelle loi comme absolument indispensable, en la réservant toutefois aux seuls cas où la personnalité du malade a subi de graves altérations et qu'il est devenu indifférent aux conditions extérieures. Le nombre d'experts pourrait être réduit à deux lorsque leurs avis sont identiques. La durée de la maladie au lieu de cinq ans devrait être réduite à un an ; dans les cas douteux elle pourrait être de deux ou trois ans et même plus.

Secrétaires des séances : A. Bernstein et G. Rossolimo.

Séance du 18 *décembre* 1898.

L. Minor. — *Présentation d'un cas de pseudo-hypertrophie musculaire.*

Le malade est âgé de dix-sept ans, sans antécédents héréditaires, ni personnels. Se développait bien jusqu'à l'âge de onze ans, époque à laquelle on constata un affaiblissement des facultés intellectuelles ; le malade négligea ses études, devint apathique et frileux ; sa voix changea. Encore auparavant, il éprouvait une lassitude et une faiblesse musculaire, il lui arrivait souvent de tomber et il se relevait avec difficulté. Depuis un an il ne peut plus marcher seul; pour s'asseoir sur le lit, il est obligé de descendre les jambes à l'aide de ses mains.

Etat présent. — Intelligence et mémoire bien affaiblies ; quelques consonnes sont mal prononcées. Rougit facilement. Le pli naso-labial est quelque peu effacé. Impossible de siffler. La force des membres supérieurs est affaiblie. Les muscles pectoraux sont atrophiés, de même qu'on remarque une certaine atrophie des épaules et des bras, surtout en ce qui concerne les biceps. Les petits muscles de la main fonctionnent assez bien. Parmi les muscles du tronc on constate surtout une hypertrophie des muscles infraspinaux, long dorsal et sacro-lombaires. Encore plus hypertrophiés sont les muscles fessiers et ceux de la cuisse, surtout le vaste externe. Les gastrocnémiens atteignent un volume colossal et

produisent l'impression des tumeurs. A la palpation les muscles sont d'une consistance molle, graisseuse. Le diamètre des cuisses est de 39, celui des mollets est de 43 centimètres. Malgré ce volume, la force musculaire du tronc et des jambes est insignifiante. L'excitabilité électrique est diminuée : les contractions galvaniques sont parfois paresseuses. Les réflexes rotuliens font défaut. La sensibilité est normale. On note du dermographisme, d'aspect variable dans les diverses parties du corps, et notamment : rouge dans la partie supérieure du tronc, et blanc dans la partie inférieure, plus prononcé aux endroits hypertrophiés.

La coïncidence des lésions musculaires avec l'affaiblissement des facultés intellectuelles suggère à M. Minor l'idée de l'analogie qui pourrait exister entre les atrophies musculaires et le myxœdème, l'ostéomalacie, la maladie de Basedow, etc. Peut-être les dystrophies musculaires reconnaissent-elles la même origine toxique que ces dernières affections.

Discussion. — M. Rossolimo affirme que dans un cas d'atrophie musculaire progressive de type de Landouzy-Déjerine, le traitement thyroïdien lui a donné un résultat objectif positif.

P. Préobrajensky. — *Un cas de pseudo-hypertrophie musculaire.*

Malade, âgé de douze ans, né d'un père alcoolique. Six enfants sont morts de causes inconnues. Des six autres restés en vie, un frère, âgé de 29 ans est atteint de la même affection que le malade, l'affection ayant débuté chez celui-là à l'âge de 12 ans et l'ayant conduit à l'impotence absolue. Le malade a supporté dans l'enfance une maladie infectieuse. Depuis deux ans a commencé à perdre les forces et à se fatiguer de plus en plus vite.

A l'heure actuelle on constate une certaine faiblesse des membres et de l'incertitude dans les mouvements surtout en ce qui concerne les jambes. Les réflexes rotuliens sont à peine esquissés. Les gastrocnémiens sont augmentés de volume. La façon de se lever du tapis est très caractéristique. Le malade répond lentement, parle peu, ayant visiblement de la peine à réfléchir et orienter ses pensées. Pendant son séjour à l'hôpital le malade contracte la dysenterie et en meurt.

A l'examen microscopiqne on trouve une dégénération graisseuse très prononcée des fibres musculaires des muscles : biceps, fléchisseurs de l'avant-bras, fessiers, gastrocnémiens, oblique abdominal. Les parois des vaisseaux musculaires sont épaissies. Le tissu adipeux est peu développé, mais le tissu connectif intermusculaire est très hypertrophié. Les plus atteints sont les grands fessiers et les gastrocnémiens; là on trouve la plupart des fibres très amincies, fusiformes, se terminant par des bouts effilés et recourbés; entre les fibres, une grande quantité de tissu adipeux; parfois les fibres

se dichotomiosent sur l'un des deux bouts, ou se présentent fendues dans leur longueur sur une certaine étendue. Les nerfs tibial et médian présentent une légère hyperplasie du tissu connectif intra-fasciculaire. Dans les fibres du muscle cardiaque, on constate en partie les phénomènes d'atrophie ou de dégénération graisseuse. Le foie et les reins sont également atteints de dégénérescence graisseuse.

La moelle épinière présente les phénomènes de *syringomyélie*.

L'auteur ne croit pas devoir mettre la dégénérescence graisseuse de tous les organes internes sur le compte de la dysenterie, qui a été d'une durée insignifiante et non accompagnée d'hyperthermie. Il lui paraît plus juste de rattacher tous les phénomènes de dégénération graisseuse des organes internes et du système musculaire à la diathèse graisseuse généralisée. D'autre part l'atrophie musculaire progressive peut être due à une auto-intoxication spéciale.

Discussion. — M. Mouratoff ne reconnaît pas de syringomyélie sur les préparations présentées par M. Préobrajensky. Selon lui, il s'agit seulement d'une anomalie du canal central. Quant à la dégénérescence des organes internes, elle est la conséquence de la toxémie. — M. Mourawieff ne croit pas non plus à une relation entre la dégénérescence graisseuse des organes internes et l'affection du système musculaire. — M. Kojewnikoff invite l'auteur à donner une description plus détaillée des lésions médullaires dans le cas en question.

S. Soukhanoff et N. Orloff. — *Contribution à l'étude de la psychose polynévritique.*

Après avoir indiqué les points controversés de la question, les auteurs s'efforcent de démontrer que les troubles mentaux et notamment ceux de la mémoire dans la psychose polynévritique ont une marque spéciale et bien originale ; ceci a d'autant plus d'importance que les symptômes cliniques de polynévrite peuvent souvent être très peu prononcés et passer presqu'inaperçus. A l'appui de cette thèse ils citent quatre nouvelles observations dont voici le résumé :

Observation I. — Malade âgé de soixante ans, sans antécédents héréditaires ni personnels. Parfois il se montre de la glycosurie. En automne 1897 le malade supporta une affection fébrile, à la suite de laquelle il accuse de l'amnésie et des faux souvenirs. A l'*examen*, fait le 3 novembre 1898, on trouve une certaine faiblesse généralisée. Les réflexes rotuliens sont diminués ; les plantes des pieds sont œdémateuses ; les nerfs périphériques sont légèrement douloureux à la palpation. Du côté psychique, trouble de la mémoire sous forme d'amnésie et de faux souvenirs. Le malade ne se rap-

pelle pas les vingt dernières années de son existence. Depuis le commencement de la maladie l'état psychique n'a pas changé.

Observation II. — Malade âgé de cinquante-deux ans. Alcoolisme chronique. Au mois de juin 1897, il devient très irritable, en même temps apparaît un œdème des pieds. Plus tard s'ajoute de l'amnésie et des douleurs aux jambes. La faiblesse augmente bien que le malade cesse l'usage d'alcool.

Etat présent. 30 I. 1899. Disparition des réflexes rotuliens; parésie atrophique des membres inférieurs; les troncs nerveux sont douloureux. Affaiblissement de la mémoire; amnésie pour les événements présents et récents.

Observation III. — Malade âgé de quarante-six ans, alcoolique avéré. Il y a quatre ans eut un accès de délirium tremens. Il y a deux ans contracta la syphilis, laquelle récidiva au mois de janvier 1898. Au mois de mai 1898, le malade eut une attaque avec perte de connaissance, mais ne tarda pas à se rétablir bientôt. Au mois de juin apparut une faiblesse croissante des membres inférieurs; au mois d'août s'ajoutèrent des phénomènes psychiques, notamment l'amnésie et de faux souvenirs. En outre on nota une légère rétention d'urine et de la constipation.

Etat présent. 2 IX. 1898. Ptosis léger à gauche ; parésie des membres droits supérieur et interne du même œil ; la pupille gauche est plus large que la droite. Atrophie des muscles du mollet. Abolition des réflexes cutanés, crémastérien et abdominal. Les troncs nerveux sont souvent douloureux à la palpation. Légère rétention d'urine et constipation. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Du côté psychique, troubles de la mémoire sous forme d'amnésie et de faux souvenirs, caractéristiques pour la psychose polynévritique. Amélioration progressive de tous les symptômes somatiques et psychiques à partir du mois de novembre dernier, sous l'influence du traitement anti-syphilitique institué au mois de septembre. Les phénomènes oculaires ont presque complètement disparu. Le 13 décembre 1898 survint une hémiparésie gauche avec participation des nerfs facial et lingual.

Les auteurs rappellent que les troubles des sphincters et l'exagération des réflexes peuvent se rencontrer dans la polynévrite (entre autres, observations de Ballet et Faure). D'autre part les troubles psychiques dans ce cas sont caractéristiques pour la psychose polynévritique. L'hémiplégie peut être mise sur le compte d'un ramollissement cérébral d'origine alcoolique.

Observation IV. — Malade âgé de quarante-cinq ans, alcoolique avéré. A partir d'automne 1892, affaiblissement de la mémoire, amnésie, douleurs aux membres inférieurs et incontinence d'urine. Au mois de novembre 1892, on constate des symptômes névritiques et des troubles psychiques caractéristiques. Ensuite survient une

aggravation progressive, avec abattement, somnolence et fièvre. Mort en février 1893. A l'autopsie on constate, à côté de signes de polynévrite parenchymateuse, des foyers de ramollissement étendus dans l'écorce du lobe frontal et temporal droits et dans la substance blanche adjacente. Il est intéressant à noter que dans plusieurs cas de Wernicke des symptômes polynévritiques ont été constatés à côté de ceux de polioencéphalite.

En terminant, MM. Soukhanoff et Oloff ajoutent que l'*évolution* de la psychose polynévritique est très variable, en rapport avec des complications individuelles et des associations de facteurs étiologiques de nature diverse. La vieillesse donne un pronostic défavorable. L'association de la tuberculose amène un dénouement fatal à brève échéance.

Discussion. — M. Skabsky considère la troisième observation des auteurs comme un cas de syphilis cérébro-spinale, tant au point de vue des symptômes cliniques, qu'en raison du succès du traitement spécifique. — M. Mouratowne considère pas non plus ce cas comme un cas de polynévrite. — M. Kojewnikoff croit à l'association de la syphilis et de l'alcoolisme dans ce cas. — M. Tokarsky ne croit pas l'amélioration des troubles de la mémoire comme un signe pathognomonique. — M. Minor dit que la description de la troisième observation sous l'étiquette de la polynévrite peut donner lieu à des malentendus. — M. Roth rappelle entre autres un cas de psychose polynévritique à début apoplectiforme.

Secrétaires des séances N. Vershiloff et B. Mouravieff.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du lundi 17 avril 1899. — Présidence de M. Jules Voisin.

L'hypnotisme et le traitement de l'alcoolisme.

M. Vlavianos s'appuie sur le cas, récemment rapporté par M. Farez, ainsi que sur deux cas personnels, pour exposer et justifier l'emploi de l'hypnotisme dans le traitement de l'alcoolisme ; les objections que l'on a faites à cette intervention sont sans fondement. Au récent Congrès international contre l'alcoolisme, M. Forel de Zurich a proclamé à nouveau l'efficacité de la suggestion hypnotique contre l'alcoolisme.

M. Jules Voisin. — C'est à tort que l'on a dit : tel alcoolique a eu

des rechutes, donc l'hypnotisme est inefficace. A ce titre, toutes les médications mériteraient le même reproche, car toutes les affections sont susceptibles de rechutes, si l'on n'y prend point garde. Il faut que l'alcoolique amendé par l'hypnotisme reste pendant longtemps soumis à cet agent thérapeutique et que, surtout, il y ait recours aussitôt après chaque rechute. D'ailleurs, il faut distinguer nettement l'alcoolique et le dipsomane. Le premier boit par occasion, par goût, par habitude ; la dipsomanie est une véritable psychose toujours précédée d'un état dépressif et mélancolique.

M. Bérillon. — Pour rendre la suggestion curative plus efficace, il faut faire intervenir le traitement psycho-mécanique. Lorsque l'alcolique est endormi, on lui met en main un verre qui est censé contenir une liqueur quelconque; on invite le malade à porter le verre à ses lèvres, mais on arrête le bras à temps et l'on crée ainsi un contre-arrêt, comme je l'ai fait déjà avec succès pour l'onychophagie.

M. von Schrenk-Notzing (de Munich), rapporte les observations de deux alcooliques qu'il a guéris aussi grâce à la suggestion hypnotique.

M. Liégeois (de Nancy). — A Nancy l'on a soigné avec succès par l'hypnotisme un grand nombre d'alcooliques dont la guérison a été durable.

BIBLIOGRAPHIE.

VIII. *Des soins à donner aux épileptiques ; instructions pour les gardes-malades;* par le Dr Wildermuth. (Traduit de l'Allemand par les Drs Kölle et Dardel.) In-8° de 24 p. Neufchâtel, 1898.

Voici l'énumération des paragraphes sommaires qui composent cette intéressante brochure : les crises épileptiques; prodromes; le pressentiment avant la crise, l'aura; la crise proprement dite; l'état de mal; les crises épileptiques sous forme de psychoses; les crises incomplètes; l'état des épileptiques dans l'intervalle des crises; la dégénérescence mentale de l'épilepsie; des soins à donner aux épileptiques; l'aération; l'alimentation des malades; les médicaments; les soins de la peau et de la bouche; vêtements des malades; le traitement pendant la crise; le traitement psychique des épileptiques; la manière d'observer les épileptiques.

Nous trouvons là les mêmes instructions que celles qui figurent dans le *Manuel de l'infirmière* et *de la garde-malade* et dans le guide que nous donnons à tous les infirmiers et infirmières de notre service de Bicêtre et que nous avons reproduit dans le volume XV de nos *Comptes rendus* (1894, p. 71). Il va de soi que, chaque fois que l'occasion s'en présente, par exemple lorsque l'infirmière nous lit les notes prises par elles, nous en profitons pour fournir des explications nouvelles afin de faire comprendre l'intérêt de ces notes et leur utilité pour les malades. B.

IX. *La confusion mentale;* par le Dr G. Gombault. (Thèse Paris, janvier 1898.)

La confusion mentale n'est, d'après l'auteur, qu'un syndrôme comme la stupeur; sa forme accentuée absorbe même un certain nombre de cas autrefois rangés sous le nom de la *stupeur*.

Il faudrait même réserver ce mot pour désigner les cas où l'activité des facultés est conservée mais opprimée par un délire terrifiant. La confusion mentale a un domaine plus vaste; par sa forme moyenne et légère, elle englobe beaucoup de cas divers où l'on avait remarqué de la dépression et de la confusion des idées.

Elle consiste en un désordre plus ou moins accentué des facultés, allant de la torpeur intellectuelle à la stupidité complète. C'est un état morbide de l'esprit mais non un délire.

Il y a 3 formes, légère, moyenne et accentuée. Associée à des idées délirantes, elle n'est plus qu'un syndrome, faisant partie d'un état plus complexe comme les délires associés. La confusion mentale pouvant se retrouver dans les états divers, a cependant une sorte de personnalité clinique. La symptomatologie permet de la considérer indépendamment de l'état délirant ou névrosique qui l'accompagne. L'anatomie pathologique en est inconnue (l'œdème cérébral signalé n'est pas constant).

L'étiologie est aussi indécise; dans sa forme isolée, elle est souvent d'origine toxique (de Montyel).

Associée aux délires, elle est souvent accompagnée de troubles trophiques organiques nets (Séglas et Chaslin), souvent on ne relève que de l'épuisement nerveux avec ou sans altération cérébrale organique présumable, enfin il faut faire la part des réactions individuelles (hérédité).

L'évolution varie — souvent il y a guérison même dans les formes accentuées; quelquefois il subsiste de l'affaiblissement des facultés. Au contraire, elle peut évoluer vers la démence, associée à des idées délirantes ou à des états psychiques particuliers, elle peut disparaître seule ou avec l'état mental morbide qu'elle accompagne pour enfin évoluer avec lui vers la démence commune.

A. Marie.

X. *L'Instabilité mentale, essai sur les données de la psycho-pathologie* ; par G.-L. Duprat (1 vol. in-8°, Félix Alcan, éditeur, 1899).

L'auteur lui-même a le soin de nous prévenir qu'il ne faut pas voir dans son ouvrage autre chose qu'un essai philosophique. Il estime que si la biologie peut expliquer un grand nombre de troubles psychiques, il est des psychopathies premières, qui relèvent de la seule psychologie. Telle est l'instabilité mentale qui ne sera pas considérée comme une forme larvaire de troubles mieux déterminés et plus connus, mais comme la caractéristique d'un genre entier de psychopathies.

La pensée tend à varier sans cesse, il s'ensuit qu'en l'absence d'un principe constant de systématisation, la pensée tend à la discontinuité, et que pour mettre obstacle à cette instabilité naturelle, il faut la permanente intervention d'une énergie psychique qui dirige l'évolution mentale.

Chercher à expliquer par la biologie seule tous les désordres psychiques touchant à l'instabilité serait aussi prétentieux que de vouloir les étudier à la lumière de la seule psychologie. Les deux sciences se doivent un mutuel appui, tout en reconnaissant un droit naturel de priorité à celle qui s'occupe des rapports de subordination des centres psychiques les uns aux autres et à un centre unique, rapports qui constituent l'unité de l'individu.

Tout état de conscience est une synthèse irréductible à des éléments communs ou susceptibles de subsister par soi ; sans aller jusqu'à dire qu'ils se succèdent dans des rapports de causalité, il faut reconnaître que le précédent renferme virtuellement le suivant, et que ce dernier emporte un reflet de celui qui l'a précédé. Ces états de conscience dans leur succession présentent une multiplicité de moments relativement distincts, mais il ne faut pas voir dans la durée une pure hétérogénéité, pas plus qu'une pure continuité. Tout état de conscience a une durée et des limites.

Le fait d'admettre entre les divers états de conscience le bien psychique qui unit leur diverse durée fait naître à côté du concept de durée, le concept de devenir, lequel concept est à son tour inséparable de l'appétition et de la finalité. Mais dans cette évolution mentale, dans ce devenir mental, il se présente des solutions de continuité : non pas la véritable discontinuité mentale, qui ne saurait se produire, mais des solutions de continuité, dans la série des aperceptions.

La vie psychique normale ne présente pas toujours en effet la même activité : le devenir mental est constitué par une sorte de progression suivie de régression. A la jeunesse correspond le premier stade, à l'âge mûr l'épanouissement complet, à la vieillesse, le second. Même dans le cours de cette marche suivie de recul,

l'activité n'a pas toujours la même intensité. A la veille succède le sommeil, c'est-à-dire un affaiblissement de la vie psychique, mais non une suspension. Le travail mental ne peut se poursuivre uniformément, l'attention subit un rythme, la volonté ne peut persister dans une affirmation identique ; mais comme tous ces divers états tendent à la réalisation d'un système unique, la vie mentale est continue.

Cette continuité psychologique avec ses progression, régression et ralentissement, constitue la stabilité de l'esprit, parce qu'elle est systématique. Le premier caractère d'un fait pathologique est d'être asystématique. L'instabilité présente avant tout ce caractère; constituant dans le devenir normal une solution de continuité, elle est une véritable désagrégation mentale et entraîne comme conséquence l'automatisme des centres inférieurs et la désagrégation physiologique.

Nous étudions ici les troubles psychologiques indépendants de tous troubles biologiques, bien qu'ils aient souvent avec eux un rapport de simultanéité. Ces psychopathies, psychonévroses de Krafft-Ebing, peuvent être héréditaires ou acquises; mais leur gravité n'est pas en raison de leur origine. L'éducation peut avoir augmenté ou conservé une énergie psychique, grâce à laquelle s'est maintenu le pouvoir de systématiser et de faire durer les synthèses morales. La discontinuité mentale se mesure à la fréquence des hiatus et à l'éloignement psychologique des états successifs.

Toute psychopathie caractérisée est une habitude morbide ; mais tandis que certaines habitudes tendent constamment à varier, les autres au contraire affirment d'une façon de plus en plus nette des caractères morbides persistants. L'habitude morbide de varier sans cesse constitue la véritable instabilité mentale.

L'instabilité mentale se présente sous des formes variées. Elle peut être *intellectuelle ;* sous l'action de la discontinuité mentale provoquant distraction et confusion, les aperceptions sont incomplètes et donnent lieu à des représentations fausses, tronquées ou confuses, à des erreurs d'interprétation aboutissant à des idées délirantes, à des illusions, à des hallucinations, à des souvenirs chaotiques, à des amnésies plus ou moins prononcées, à une impuissance de synthèse donnant lieu à des troubles du jugement et du raisonnement.

Elle peut s'attaquer aux tendances : toute tendance, parce qu'elle repose sur l'établissement d'un rapport entre l'état présent et un état à venir, crée un lien entre les moments conscients et coordonne les états successifs. Après s'être transformée peu à peu et réalisée, elle disparaît pour faire place à une nouvelle tendance qui la complète. Cet enchaînement des tendances successives est la condition de la vie normale. L'instabilité dans les tendances est

donc pathologique : on l'observe chez l'enfant au moindre trouble psychique, chez le maniaque désordonné dans ses désirs comme dans ses pensées, chez le dégénéré aux impulsions inexplicables, aux contradictions étonnantes, chez l'être dépourvu de sens moral, chez le minus habens incapable d'inclinations supérieures.

L'instabilité est émotionnelle. Le plaisir et la douleur produisent des états affectifs instables de leur nature ; on comprend que la plus légère modification les puisse transformer en états pathologiques. De l'instabilité émotionnelle font partie le misonéisme et la panophobie des dégénérés, en même temps que l'indifférence morbide, l'analgésie et l'anhédonie de M. Ribot.

L'instabilité dans les actions est une conséquence de l'instabilité de la pensée et du sentiment ; mais il est des modes pathologiques dans lesquels la discontinuité des actes apparaît plus nettement que celle de l'intelligence ou de la sensibilité ; tels les convulsions, les tics, les troubles de la marche, les paralysies psychiques, qui ne peuvent pas toujours être attribués à des causes physiologiques, comme les troubles de l'innervation, mais qui peuvent trouver leur explication dans une conception motrice trop vague, trop peu aperceptive, trop incomplète pour déterminer des mouvements normaux.

Ce n'est pas seulement par des inhibitions que se manifestent les troubles psychiques de la motricité : c'est encore et plus souvent par des déviations. Les troubles de la parole, de l'écriture, les atechnies font partie de cette nouvelle catégorie de psychopathies. Ils sont, comme les autres, consécutifs à la discontinuité mentale qui a fait disparaître l'aperception nette de la finalité de ces mouvements et de leur rapport avec l'excitation psychique qui les fait naître d'habitude. Au point de vue particulier des atechnies, ces troubles de la motricité poussent le malade à vouloir changer d'occupations, de métier, et l'instabilité intellectuelle et affective vient s'ajouter à l'instabilité pratique.

Les troubles mentaux étudiés jusqu'ici ne doivent pas être considérés isolément, ils doivent être rattachés à un état morbide de la personnalité entière, à des manières d'être pathologiques du moi, que nous allons envisager.

Les faibles d'esprit se trouvent aux confins de la vie normale et de la vie pathologique ; guidés dans leur activité par des habitudes acquises, ou des préjugés qui ne sont pas toujours en parfaite harmonie, il n'y a chez eux en dehors de ces préjugés et de ces habitudes, qu'instabilité.

Les dégénérés ont une volonté entachée de faiblesse, ils s'abandonnent au courant qui les entraîne, d'où désagrégation psychologique et partant instabilité.

Un devenir normal fait essentiellement défaut aux *imbéciles* et aux *idiots* : la tendance qui devrait donner le branle à leur acti-

vité psychique est insuffisante, aussi se produit-il chez eux arrêt de développement psychique et biologique ; l'absence d'appétitions systématisées, de tendances coordonnées vers un idéal quelconque, les empêche de souffrir de leur défaut d'adaptation.

Durant certaines phases de l'évolution physiologique, telles que la puberté, la menstruation, la grossesse, la ménopause, consécutivement à certaines maladies infectieuses, à l'intoxication alcoolique, toutes les fois en un mot qu'il y a diminution de vitalité du système nerveux, la volonté et l'attention peuvent faiblir, et peut apparaître l'instabilité mentale.

L'épilepsie est encore une forme d'instabilité. Elle est dans la plupart des cas, exception faite de l'épilepsie jacksonienne, un véritable trouble psychologique, dont l'intoxication, la compression ou l'anémie cérébrale ne sont que des causes occasionnelles.

Dans *l'hystérie*, comme dans l'épilepsie, des crises viennent interrompre le devenir normal de la personnalité et substituer un moi nouveau au moi primitif. Il n'y a pas dans l'hystérie que des phénomènes physiologiques. Le moi seul est conscient ou ne l'est pas. Frend reconnaît que l'hystérie est caractérisée par l'irrésolution, la contradiction, l'instabilité du ton émotionnel, trois formes essentielles de l'Instabilité pathologique. Pierre Janet dit encore que l'hystérie est constituée par la pluralité des moi. Cette instabilité du moi donne précisément la suggestibilité. Si les phénomènes d'hypnose, ne se rencontrent pas seulement chez les hystériques, c'est qu'il est des hystéries larvées. La léthargie se produit quand l'activité mentale devient nulle en apparence, et il y a catalepsie quand le sujet semble en état de monoïdéisme. Charcot attribué ce dernier état à l'isolement dans lequel se trouvent les idées suggérées à l'abri du contrôle des idées personnelles accumulées qui composent le moi. De l'avis même des grands neurologues, il faut donc voir dans tous ces phénomènes, des troubles psychiques, et le somnambulisme, qui n'est en somme que l'actualisation de la tendance hystérique aux changements de personnalité, relève également de l'instabilité pathologique.

De même la *confusion mentale*, qui conduit à toutes les formes de l'aliénation, présentant comme caractères distinctifs, l'impossibilité de fixer l'attention, l'impulsivité, l'incohérence des paroles et des actes, l'alternance de la loquacité et du mutisme, l'indifférence ou l'absence de but apparent, doit être identifiée à l'instabilité mentale.

On pourrait croire à première vue que certaines psychopathies, telles que la monomanie, l'obsession, le délire systématisé, l'extase, etc., ne relèvent pas de l'instabilité mentale. Il n'en est rien : si le monomane paraît distrait, cette distraction n'est pas la conséquence de sa préoccupation, elle est primitive et c'est à cause d'elle que le sujet est constamment obsédé. Nous sommes ici en présence d'une sorte de *stabilité morbide*.

C'est ainsi que l'entêtement des faibles d'esprit n'est pas une preuve de volonté : vouloir, ce n'est pas seulement se déterminer, c'est essentiellement se déterminer après une délibération réelle, efficace ; cet entêtement est la conséquence de l'impuissance à fixer son attention sur tous les facteurs d'une saine résolution.

La *neurasthénie* est une névrose conservative, elle est continue et progressive. Les malades qui en sont atteints sentent qu'ils ont un grand nombre d'idées à la fois, vagues et fuyantes ; ils en déduisent que leur force psychique est amoindrie, et cette déduction les amène, par exemple, à la crainte de devenir fous. Cette obsession non réfrénée grandit ; par suite de leur instabilité les neurasthéniques ne peuvent se ressaisir ; naissent alors les idées fixes.

Toute conception délirante trouve son explication dans l'instabilité : le sujet est incapable de s'arrêter aux impressions du dehors qui pourraient modifier son état pathologique ; cette stabilité morbide a débuté par une faiblesse de la force psychique qui aurait dû donner aux idées représentatives leur importance pour ainsi dire hiérarchique.

La stabilité apparente de la léthargie, de la catalepsie et de l'extase ne vient-elle pas également d'une anesthésie à l'égard de toutes les impressions extérieures et ces états de monodéisme ne sont-ils pas la conséquence d'une distraction absolue ? Ainsi la stabilité extrême naît dans la plus grande instabilité, et dans la démence, forme la plus grave de l'aliénation mentale, nous trouvons la discontinuité psychique la plus complète.

L'irritabilité psycho-pathologique revêt diverses formes selon l'âge, le sexe et le milieu social. Chaque âge a ses psychoses : l'enfance, la chorée ; la jeunesse, l'hystérie, l'hébéphrénie, les perversions sexuelles ; l'âge mûr, la manie ; la vieillesse, la mélancolie et le délire systématisé. La femme présente moins d'énergie mentale, moins d'esprit systématique, moins de puissance de volonté, que l'homme, mais peut-être le type féminin que l'expérience nous fait constater, est moins un type naturel, qu'un type social, créé par nos préjugés et par l'éducation mal comprise à laquelle la jeune fille est soumise. Les psychoses chez l'homme sont plutôt une conséquence du rang social qu'il occupe, des occupations auxquelles il se livre, qu'un apanage de son sexe. C'est chez les instables que la contagion morale fait le plus de ravage ; ce sont eux qui aggravent les paniques de la foule ; exacerbent les enthousiasmes populaires et fournissent les recrues de l'anarchie inspirée par « un altruisme exagéré joint à la néophilie. »

Pour arriver à la connaissance complète de la psychologie normale, qui nous donnera la raison de devenir mental, il faut non seulement étudier les faits psychiques chez l'enfant, le vieillard et l'être en état de sommeil, mais encore recourir à la psychopathie, auxiliaire naturelle de la psychogénèse.

Comme conclusion à cette étude nous devons nous demander s'il est possible de guérir l'irritabilité. En tant qu'être moral, il est difficile d'espérer arriver chez l'irritable à une réelle amélioration : en raison même de son irritabilité nous ne pouvons créer chez lui que des états passagers, et si nous réussissons à lui donner des idées conformes à la moralité générale, il est à craindre que ces idées ne soient bientôt supplantées par d'autres qui leur seront opposées. C'est donc du côté de sa mentalité qu'il faudra agir.

Pourquoi n'existerait-il pas une thérapeutique mentale à côté de la thérapeutique du corps. Les plus grands médecins, Pinel en tête, ne l'employaient-ils pas ? C'est au moyen d'une rééducation véritable de l'attention et de la volonté en particulier, qu'on peut arriver à réfréner l'irritabilité ; devons-nous ajouter que c'est surtout aux débuts de ses manifestations que nous devons intervenir ? Il faut se méfier de la suggestion hypnotique, la suggestion pédagogique à l'état de veille a plus de chance de réussir. La musique, considérée par Leuret comme un agent thérapeutique, doit aussi être tenue en suspicion ; elle favoriserait plutôt l'irritabilité. On a fait des tentatives de thérapeutique mentale et on l'a appliquée en particulier aux enfants. En France, sous la direction de M. Bourneville, en Allemagne, en Angleterre, aux États-Unis, dans les Pays scandinaves, il existe des écoles de redressement, où l'on obtient de sérieux résultats. Partout s'affirme la possibilité de guérir les psychopathies naissantes, sans autre remède qu'une pédagogie appropriée.

La pédagogie devrait être à la psychiatrie, ce que l'hygiène est à la médecine du corps ; c'est à elle qu'il appartient de prévenir l'irritabilité mentale. L'éducation telle qu'elle est comprise aujourd'hui, n'est pas encore ce qu'elle devrait être : une pédagogie rationnelle ne doit pas s'occuper seulement de l'intelligence de l'enfant, mais surtout de son cœur et de sa raison. En France, la pédagogie est peut-être un peu trop intellectuelle ; à ce point de vue elle est inférieure à la pédagogie anglaise, qui cherche à développer l'endurance et l'énergie. Elle devrait à la fois discipliner l'enfant et lui laisser en même temps une liberté relative, par laquelle il pourrait suivre ses inclinations. Les jeux où seraient mélangés les sexes viendraient en quelque sorte terminer l'éducation solide de l'enfant.

« Le devoir du philosophe est de ne pas abandonner exclusivement aux médecins l'étude des troubles de l'esprit » ; la pédagogie doit venir en aide à la psychiatrie, et de même que l'hygiène place le corps dans les conditions les plus favorables au développement physique du corps humain, la pédagogie rationnelle en prévenant les troubles psychiques, même et surtout chez l'enfant fera naître « la fermeté, de la volonté et du caractère, qui fait la puissance de la pensée et la grandeur de l'âme ».

L'auteur nous paraît aller un peu loin, lorsqu'il essaie de ramener à l'instabilité mentale tous les troubles psycho-pathologiques; il existe certainement entre les troubles psychiques et les troubles biologiques des rapports qui ne sont pas seulement de simultanéité. Les attributions des désordres mentaux suivant les âges est aussi critiquable. Chez les enfants et les adolescents on peut trouver à peu près toutes, sinon toutes les formes de la folie[1] en particulier la manie ordinaire, la manie hystérique et épileptique, la mélancolie, la démence précoce, le délire mystique, l'alcoolisme, la dipsomanie, etc., et l'on y rencontre très souvent les mêmes caractères que chez l'adulte; il n'y a guère qu'une différence de nuance. Mais où nous sommes complètement d'accord avec l'auteur, c'est lorsqu'il nous parle de thérapeutique mentale, et qu'il expose les principes d'une pédagogie rationnelle qui pourra seule atténuer chez l'adulte et prévenir chez l'enfant les troubles psychiques.

Ce livre, très documenté, est d'une lecture intéressante pour tous ceux qui s'occupent de psychiatrie et de pédagogie. J. Boyer.

XI. *Les alcooliques persécutés*; par le Dr Cololian.

La question de l'alcoolisme est plus que jamais d'actualité et la thèse de M. Cololian vient à son heure combler une lacune dans la description des différentes modalités cliniques qui relèvent de l'intoxication par les boissons spiritueuses. Ce travail a le mérite d'étudier le délire de persécution alcoolique en cherchant à le dégager des autres variétés du délire de persécution avec lesquelles il a pu être confondu.

L'auteur divise les malades qu'il a observés en deux catégories: les dégénérés et les héréditaires. Chez les premiers la dégérescence est la cause originelle du délire de persécution et l'alcool ne fournit qu'un nouvel appoint au terrain morbide. « Tant que l'influence des causes accessoires est contrebalancée par une résistance cérébrale assez puissante, on n'observe que les épisodes caractéristiques de l'état mental des déséquilibrés; mais dès que cette résistance se trouve affaiblie par une raison quelconque, l'équilibre se rompt définitivement, la raison s'obscurcit, le délire s'installe. » Or l'alcool, mieux que toute autre cause, précipite chez les dégénérés l'invasion du délire.

Chez les non héréditaires, le terrain favorable est dû à l'alcool

[1] M. Duprat cite dans son ouvrage l'observation que nous avons publiée avec M. Bourneville, de C... C..., dans les *Archives de Neurologie*, 1896, tome I, page 199, et qui a été reproduite dans le *Compte rendu de Bicêtre* de 1896. Il en aurait trouvé beaucoup d'autres dans la collection des *Comptes rendus de Bicêtre* de 1880-1898 qui contiennent des exemples de la plupart des formes de la folie de l'enfant et de l'adolescent.

lui-même, qui lentement, progressivement, provoque une prédisposition mentale. Les troubles psychiques succèdent à la longue aux phénomènes physiques de l'alcoolisme. Parfois aussi l'intoxication ne fait que relever une prédisposition latente marquée par des conditions biologiques normales.

Au point de vue clinique, les malades diffèrent : chez les dégénérés héréditaires, ce sont les troubles psychiques qui ouvrent la scène, les symptômes somatiques n'arrivent qu'en second lieu. Ainsi on observe d'abord un changement de caractère, quelques idées de jalousies, des idées de persécution et puis seulement des signes physiques d'alcoolisme. Chez les chroniques, c'est le contraire qui se produit : au début et pendant des années, on constate les symptômes somatiques ordinaires (pituites, pyrosis, anorexie, crampes, etc.) et à la longue seulement apparaissent d'une manière insidieuse des troubles mentaux.

La symptomatologie est à peu près la même dans tous les cas lorsque le délire est constitué et l'auteur assigne à l'évolution de ce délire trois périodes distinctes (trop distinctes peut être, car en réalité la première et la seconde sont bien souvent confondues), ce sont : 1° l'incubation ou invasion pendant laquelle on observe le délire de jalousie, la dépression mélancolique, les idées de suicide ; 2° la période d'état caractérisée par la persécution et les hallucinations (hallucinations de l'ouïe beaucoup plus fréquentes que les autres troubles sensoriels) ; 3° la guérison ou la terminaison par la démence.

Le pronostic est en général défavorable, étant donné que les malades, les héréditaires par leur penchant morbide et les alcooliques chroniques par l'affaissement de leur volonté sont facilement des récidivistes. Nous ne partageons pas tout à fait l'opinion émise par l'auteur en ce qui concerne les alcooliques chroniques dont les idées de persécution réapparaîtraient à chaque rechute plus actives et plus systématisées ; nous croyons plutôt que cette systématisation s'atténue en même temps que les facultés intellectuelles s'obscurcissent ; les idées délirantes perdent peu à peu leur netteté et ne tardent pas à revêtir le caractère démentiel.

Signalons le chapitre des applications médico-légales auxquelles donne lieu l'étude du délire de persécution alcoolique : le rôle du médecin légiste sera d'établir les faits, de faire ressortir la nature pathologique des actes commis par le persécuté, de démontrer les relations des troubles hallucinatoires avec ces actes.

Après avoir rappelé tout ce qui a trait à l'hygiène et à la médication particulière de l'alcoolique persécuté, M. Cololian insiste d'une façon toute spéciale sur le traitement moral. « On en fait peu de cas, dit-il, dans nos asiles et à tort, car il est d'importance première dans les psychoses... Ainsi on guérit le buveur adulte en gouvernant sa passion, en le dirigeant, en modifiant son carac-

tère... » Hélas! les louables intentions de l'auteur et les nôtres se heurteront le plus souvent à cette volonté débile ou défailllante qu'il a si bien mise en lumière et l'alcoolique (persécuté ou non) sera peu sensible aux arguments développés pour le convaincre.

Leibnitz, dont les conseils sont cités à ce propos, prescrivait un voyage, entrepris tout exprès, pour guérir un amour malheureux. Nous ne savons pas si ce genre de traitement a produit d'heureux résultats; nous nous permettrons d'en douter et nous inclinons à penser que les voyages ont guéri de leur amour ceux-là seulement qui n'en étaient pas bien malades. De même pour les alcooliqnes, le traitement moral n'aura d'effet qu'au début de l'intoxication et ne ramènera dans le bon chemin qu'un bien petit nombre d'égarés.

Aussi est-ce surtout à la prophylaxie que nous adresserons nos préférences, par la propagande privée et par l'éducation de la jeunesse qui seules dans la lutte contre l'alcool ont déjà remporté des succès. Au surplus, nous ne perdrons pas courage, et si la tâche est ingrate, nous nous inspirerons en présence de l'alcoolique invétéré des préceptes de Kowalevsky : « Tantôt, dit Kowalevsky, le malade réclame de l'indulgence, de la bonté ; tantôt il doit être traité avec sévérité et on se montrera inflexible à son égard; d'autres fois encore on lui tiendra un langage aimable ou railleur... » Cela demande sans doute une grande habitude des malades, un sens clinique exercé ; mais le professeur russe exige encore de nous une somme de perfection qui, si elle était réalisée, produirait assurément des merveilles ; « Le médecin aliéniste sera nécessairement observateur, fin, spirituel ; il saura conserver le calme, le sang-froid, la présence d'esprit au milieu des circonstances les plus difficiles... » En résumé, le travail de M. Cololian renferme plus d'un chapitre intéressant, la division en est claire, méthodique, les observations toutes personnelles sont judicieusement choisies ; il sera consulté avec fruit. L. Thivet.

VARIA.

Statistique des bègues en France.

Le bégayement est considéré dans tous les pays comme un cas d'exemption du service militaire. On peut être surpris au premier abord, que cette affection ait paru assez grave à l'autorité militaire pour justifier l'exemption.

Si l'on y réfléchit, on voit que le bègue, étant inhabile à parler,

peut malaisément fournir les explications qu'on peut avoir besoin de lui demander et que, par là, il peut être une cause de désordre. Mais il y a plus. Comment confier à un bègue le rôle de sentinelle? Il y a gros à parier que lorsqu'il faudra crier : « Qui vive? » il aura beaucoup de peine à s'acquitter de sa tâche. Et peut-être même que, paralysé par l'émotion qui ne manquerait pas de le saisir dans une occasion un peu troublante, il ne dirait rien du tout lorsqu'il faudrait au contraire parler et risquerait ainsi de compromettre la troupe qu'il serait chargé de protéger. On voit donc, que finalement, la mesure est dictée par le bien du service.

Le ministère de la guerre publie, chaque année, les procès-verbaux des conseils de revision. On y trouve pour chaque département le nombre des conscrits exemptés comme atteints d'infirmités rendant impropre au service militaire.

C'est à ces sources officielles que M. Chervin a pris les renseignements qui lui ont servi à dresser la statistique et la répartition géographique du bégayement en France.

Pour étudier la fréquence d'une infirmité, il faut comparer le nombre des conscrits exemptés pour cette infirmité à celui des examinés. M. Chervin a fait porter ses recherches sur une période de dix ans, 1886 à 1895. Ce qui est remarquable, tout d'abord, c'est combien les départements sont diversement frappés. Le département à moyenne minimum, la Seine, présente une proportion de 1 bègue pour 1.000 conscrits examinés; le département à moyenne maximum, les Côtes-du-Nord, en a près de 30.

Les proportions se suivent assez régulièrement de 1 à 10 p. 1000 puisque 71 départements sont compris dans cette limite. Les moyennes s'élèvent ensuite rapidement jusqu'à 20 p. 1.000 contenant seulement 13 départements dans cet autre limite de 10 unités. Puis des soubresauts très marqués apparaissent et l'on passe successivement de 20 à 25, 26 et 29 p. 1.000. Il va sans dire que ces trois dernières moyennes sont tout à fait exceptionnelles.

En somme, sous le rapport du bégayement, la France se partage en deux moitiés égales et diversement frappées.

La moitié méridionale, et notamment le sud-est, est très sensiblement la partie la plus maltraitée. La moitié septentrionale d'une manière générale est, au contraire, dans des conditions favorables. L'Artois, la Flandre, la Lorraine, la Franche-Comté, la Bourgogne, le Nivernais, la Champagne, l'Orléanais, la Touraine, l'Anjou, l'Ile de France et la Picardie ont des moyennes faibles. Seules la Normandie, la Bretagne et le Poitou ont des moyennes élevées. Dans la moitié méridionale se trouvent les régions à forte moyenne : le Limousin, le Dauphiné, la Savoie, la Provence et le haut Languedoc.

Quelle est l'explication de cette curieuse répartition géographique? Si l'on compare le cas d'exemption du service militaire

pour cause d'affection nerveuse à ceux d'exemption pour bégayement, l'on voit que les deux statistiques présentent de nombreux points de ressemblance et que la silhouette générale est absolument la même.

Au fond la chose ne présente rien que de très naturel, car le temps n'est plus où l'on considérait le bégayement comme dû à un vice de conformation de la langue ou à la présence de tumeurs adénoïdes dans les fosses nasales, etc. L'expérience scientifique montre plus clairement, chaque jour, que le bégayement est une affection nerveuse. Dès lors il n'y a rien d'extraordinaire à lui voire suivre la marche des affections nerveuses.

La statistique a montré à M. Chervin que 1.000 conscrits environ sont exemptés complètement chaque année du service militaire ou versés dans le service auxiliaire; cela fait une proportion de 7,50 p. 1.000 examinés. C'est une moyenne déjà assez élevée, mais elle ne représente qu'un minimum, car les instructions ministérielles ne prescrivent l'exemption que lorsque le bégayement est assez prononcé pour empêcher de crier : « Qui vive? » ou de transmettre intelligemment une consigne. Dans le cas contraire, il est classé dans le service auxiliaire. (*Revue scientifique*, 22 octobre 1898.)

Internement d'un aliéné ; résistance du maire de sa commune.

Le *Bonhomme normand* (22 avril) reproduit le fait suivant :

Un jeune homme de l'arrondissement de Bayeux, atteint d'un mal nerveux, a été interné à l'asile du Bon-Sauveur de Caen et y a été maintenu malgré l'avis défavorable du maire de la commune. Ce jeune homme est-il devenu réellement fou? Beaucoup de ceux qui le connaissent en doutent. Une enquête, seule, pourrait les convaincre. A la suite de cet internement, le maire a été mis en demeure par la préfecture de signer un mandat pour la contribution de la commune dans la dépense due au Bon-Sauveur. Les communes doivent, assurément, payer lorsque la famille de l'interné est dans l'indigence. Tel n'est pas le cas, car la famille du jeune homme interné n'est pas dans la misère; son père toucherait même une pension de retraite assez élevée. C'est à vérifier.

Ce cas n'est malheureusement pas isolé. Au lieu de provoquer l'internement des aliénés pour rendre la guérison plus facile, beaucoup de maires, afin de ne pas obérer leur commune, le retarde le plus longtemps qu'ils peuvent.

Voici un autre fait qui vient à l'appui de l'opinion que

nous venons de formuler au sujet de l'indifférence des maires en ce qui concerne l'assistance des aliénés :

— Au milieu des lâchetés et des défaillances de l'heure actuelle, il est bon de trouver des actes de probité, de dévouement et d'honneur. On ne saurait les passer sous silence et les signaler est un plaisir en même temps qu'un devoir.

Dans un village de l'Ardèche, à Saint-André-de-Cruzières, une fillette idiote perdit son père et sa mère, et resta seule au monde. Nos paysans sont peu compatissants, la commune n'est pas riche, le curé était plus occupé des affaires du ciel que de ses ouailles, et la pauvre malheureuse, abandonnée et rebutée, n'avait plus qu'à crever de faim sur le bord d'une route, comme un animal. Elle trouva une providence dans l'institutrice communale laïque, Mlle Froment, qui l'a recueillie, s'est chargée de la nourrir, de la vêtir et de lui donner tous les soins réclamés par son état en attendant son admission dans un asile. (*L'Aurore* du 24 avril.)

FAITS DIVERS.

Les épileptiques. — Le nommé Marius A..., jardinier, âgé de 25 ans, demeurant à Dardennes, passait hier, après midi, sur le boulevard de Strasbourg. Pris soudain d'une violente crise épileptique, le malheureux est tombé lourdement sur le sol et s'est fait quelques blessures, heureusement sans gravité. Un certain nombre de curieux s'étaient groupés autour du malade qui a repris enfin connaissance un bon moment après, et a pu regagner son domicile. (*Petit Var*, 12 avril.)

Abus de l'hypnotisme. — Un marchand d'objets de sainteté, de Montmartre, a hypnotisé la fille d'un de ses amis et a abusé d'elle. Aujourd'hui la jeune fille est enceinte. (*Bonhomme normand*, 22 avril.)

L'Assistance des aliénés. — Sous ce titre : *Sauvée par un chien*, le *Petit Parisien* relate le fait suivant :

« Au n° 24 de l'avenue Faidherbe, aux Lilas, habitait une femme Eugénie Monteille, atteinte de la monomanie du suicide. Hier matin, voulant, pour la quatrième fois en finir avec la vie, elle alla se jeter dans un puits situé au fond du jardin de la maison qu'elle habite. Mais il était dit qu'elle ne réussirait pas davantage cette fois. En effet, à un mètre environ au-dessus du niveau de l'eau, son jupon s'accrocha à un énorme morceau de fer fixé dans la

paroi du puits. Ainsi suspendue au milieu de l'abîme, la malheureuse se mit à pousser des cris horribles qui n'attirèrent l'attention que du chien de garde de la maison.

L'intelligent animal vint alors se placer devant l'orifice du puits, appuyant ses pattes de devant sur l'extrémité de la margelle et se mit à aboyer avec furie. La persistance de ses aboiements amena enfin l'intervention d'un voisin, M. P..., âgé de trente-sept ans, qui, en arrivant auprès du puits, perçut enfin les cris que poussait la pauvre femme, et la vit se débattant au-dessus de l'eau. Aussitôt il courut chercher de l'aide et se fit descendre. Il n'était que temps. Sous le poids de la femme, ses vêtements accrochés au morceau de fer se déchiraient peu à peu et allaient céder. M. P... saisit la femme Monteille après bien des difficultés et parvint, aidé par plusieurs ouvriers, à la remonter dans le jardin.

Pour prévenir toute nouvelle tentative de suicide, M. Clément, commissaire de police, a fait diriger la malheureuse aliénée sur l'infirmerie spéciale du Dépôt, non sans avoir chaudement félicité son sauveteur. » D'où il suit qu'on aurait dû provoquer plus tôt l'internement de cette malheureuse.

Aliénés en liberté. — *Un fou assassin*. On écrit de Saint-Etienne au *Progrès de Lyon* du 4 avril :

La commune des Tarentaises, but d'excursions de nombre de Stéphanois pendant la saison estivale, a été dans la nuit de samedi à dimanche le théâtre d'un drame de la folie. Un habitant de cette localité, le nommé Blochon, qui avait été, il y a un an, interné à la suite d'actes de folie, de nature à faire craindre pour son entourage, a été pris d'un nouvel accès et a tué sa femme d'un coup de fusil.

Alcoolique meurtrier. — A Nancy (3 avril), un cordonnier d'origine italienne, Salvator Desgardin, âgé de dix-huit ans, se trouvait dans un débit de boissons, au coin de la rue et du passage Victor, en compagnie d'un tailleur d'habits, Louis Zigan, et de plusieurs camarades. Une discussion futile commença, qui s'envenima par suite de l'état d'ébriété où se trouvaient tous ces individus. Soudain, dans un accès de fureur alcoolique, Desgardin, tirant de sa poche un couteau à lame mince et effilée, en porta un coup à Zigan qui tomba frappé au cœur.

Le meurtrier s'enfuit. Quelques instants après on l'arrêtait chez sa sœur, Mme Rèche, chez qui il fumait tranquillement une cigarette. Il a fait des aveux complets. Desgardin a la plus déplorable réputation dans son quartier. Quant à Louis Zigan, qui est mort sur le coup, il était veuf et père de deux enfants, âgés de quatorze et de dix ans. (*Petit Journal*, 4 avril.)

Bianchi (L.). — *Su le idee fisse.* — Brochure in-8° de 35 pages. — Firenze, 1899. — Tipografia L. Niccolai.

Bianchi (L.). — *La causa d'impotenza.* — Brochure in-8° de 37 pages. — Napoli, 1898. — Tipografia Gennario Maria priore.

Bianchi (L.). — *Contributo alla diagnosi e alla cura delle artralgie isteriche.* — Brochure in-8° de 26 pages. — Milan, 1898. — Imprimerie Vallardi.

Bianchi (L.). — *La truffatrice internazionale (Perizia medico-legale sulle condizioni mentali della signora Sib. B. nata S.).* — Brochure in-8° de 24 pages. — Napoli, 1898. — Tipografia A. Tocco.

Bianchi. — *Il nervosismo di questa fine di secolo.* — Brochure in-8° de 30 pages. — Napoli, 1899. — Tipografia Pierro e Veraldi.

Bourneville. — *Des épileptiques et de leurs accès. Rôle de l'infirmière.* — Brochure in-18 de 18 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés : 0 fr. 40. — Bureaux du *Progrès médical.*

Dallemagne. — *La volonté dans ses rapports avec la responsabilité pénale.* — Volume in-8° de 212 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1898. — Librairie G. Masson.

Duprat (G.-L.). — *L'instabilité mentale.* (Essai sur les données de la psycho-pathologie.) — Volume in-8° de 310 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, 1899. — Librairie F. Alcan.

Finzi (J.). — *Psichiatria Tedesca : 1re, 2e, 3e et 4e Lettera al Direttore del Manicomio di Ferrara.* — 4 brochures in-8°, formant ensemble 32 pages. — Ferrara, 1899. — Tipografia Eridano.

Grasset et Gibert. — *Les contractures et la portion spinale du faisceau pyramidal (Le syndrome parélo-spasmodique et le cordon latéral).* Volume in-8° de 106 pages. — Montpellier. 1899. — Imprimerie Ch. Boehm.

Kovalevsky (P.). — *La paralysie générale au point de vue médico-légal.* — Brochure in-8° de 34 pages. — Gand, 1898. — Imprimerie Vander Haeghen.

Long (Ed.). — *Les voies centrales de la sensibilité générale* (Etude anatomo-clinique). — Volume in-8° de 280 pages. — Paris, 1899. — Librairie Steinheil.

Mabille (L.). — *De l'efficacité de l'arsenic contre les accidents de la médication thyroïdienne.* — Brochure in-12 carré de 48 pages. — Reims, 1898. — Chez l'auteur.

Parkes Weber. — *On two cases of early syphilitic paraplegia.* — Brochure in-8° de 8 pages. — Londres, 1898. — Librairie Macmillan et C°.

Revue philosophique. — Sommaire du numéro de mars 1899 (24e année) : H. Bois : La conservation de la foi (1er article). — A. Fouillée : La psychologie religieuse dans Michelet. — J.-J. Van Biervliet : L'homme droit et l'homme gauche (2e article). — Revue générale ; V. Henri : Les travaux récents de psychophysique (fin). — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 599

Vol. VII. **Juin 1899.** **N° 42**

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE MENTALE.

LE DÉLIRE SYSTÉMATIQUE PRIMITIF D'AUTO-ACCUSATION;

Par le Dr J. SÉGLAS,
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

Le délire d'auto-accusation a été longtemps considéré comme caractéristique de la mélancolie. Aujourd'hui encore, le terme de délire mélancolique est bien souvent employé, par un véritable abus de langage, comme synonyme de délire d'auto-accusation; et pour peu que ce délire s'accompagne d'un état de dépression ou d'anxiété plus ou moins accentué, d'idées de suicide, etc., le diagnostic de mélancolie paraît indiscutable.

Il est loin cependant d'en être toujours ainsi. Car, ce n'est pas tant la simple notation de ces symptômes qui importe, que la détermination de leur mode d'apparition et d'enchaînement.

Puis, le délire d'auto-accusation n'est nullement caractéristique d'une forme mentale déterminée et peut se rencontrer dans bien des circonstances différentes, au même titre que tout autre délire.

Si l'on considère, en particulier, les formes systématiques de ce délire d'auto-accusation, nous savons d'une part qu'il peut se présenter à titre de délire systématisé secondaire, consécutif à une phase de mélancolie aiguë.

D'autre part certains auto-accusateurs, plus ou moins déprimés ou anxieux, ne sont plus regardés aujourd'hui comme

atteints de mélancolie, mais sont classés à juste titre parmi les délirants systématiques primitifs, aigus ou chroniques.

Il est à remarquer que, dans les cas de ce genre envisagés jusqu'ici, un des éléments de diagnostic a été le *polymorphisme* du délire; les idées d'auto-accusation se manifestant avec d'autres idées, hypochondriaques, de persécution, plus ou moins étroitement reliées l'une à l'autre, présentant la note habituelle aux délirants systématiques; ou bien se montrant, accompagnées d'autres symptômes (anxiété, hallucinations, sitiophobie, suicide) à titre d'épisode aigu et transitoire, au cours d'un délire systématique préexistant, de formule différente. La distinction avec la mélancolie se trouvait ainsi singulièrement facilitée.

Or, il est d'autres cas, tout à fait analogues, où cet élément important de diagnostic fait défaut, les idées d'auto-accusation constituant à elles seules le délire. Ce sont des faits de ce genre, désignés quelquefois du nom, assez impropre à notre avis, de mélancolie des dégénérés et représentant en quelque sorte le *type pur* du délire systématisé primitif d'auto-accusation, que nous nous proposons d'étudier spécialement aujourd'hui[1]. Depuis plusieurs années, nous avons pu en réunir un certain nombre d'exemples (10) qui nous serviront de guides dans cette description.

Si l'on envisage l'aspect symptomatique et l'évolution de l'affection, on peut distinguer : 1° des cas à évolution chronique; 2° des cas aigus revêtant la forme de délires d'emblée plus ou moins prolongés ou de simples bouffées délirantes.

I. Voyons d'abord les cas à évolution chronique.

Le début des accidents délirants est déjà par lui-même assez caractéristique. Il rappelle exactement celui de formes de délires systématisés primitifs qui nous sont plus familiers, tels les délires de persécution.

Tantôt, en effet, les conceptions délirantes se manifestent

[1] On pourra trouver quelques indications à ce sujet dans les travaux suivants : Witkowski. *All. Z. für Psych.* Bd XLII, 6, 1886. — Koch. *Guide de psychiatrie.* — Kræpelin. *Compendium de psychiatrie.* — Schuele. *Traité des maladies mentales.* — Marandon de Montyel. *Ann. médico-psych.*, 1890. Ballet. Art. *Psychoses* in *Traité de médecine Charcot-Bouchard.* — Séglas: *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, et communications au Congrès d'Angers, 1898. — Roncoroni. *La paralypémanie* in *Ann. di fren.*, 1898.

subitement, sans avoir été précédées de ces différents symptômes, somatiques ou psychiques, qui marquent le début des accès de mélancolie. Tantôt, elles se sont développées d'une façon insidieuse, sans que l'attention de l'entourage ait été attirée sur l'existence d'une affection mentale avant l'apparition du délire.

L'explication de ce mode de début se trouve tout naturellement dans la constitution psychique même des sujets. Ce sont en général des héréditaires plus ou moins tarés, qui, antérieurement déjà, ont pu présenter des signes divers de déséquilibration mentale. Souvent même on retrouve chez eux certains traits de caractère particuliers. Ce sont des individus peu communicatifs, timides, indécis, scrupuleux, sans cesse défiants et mécontents d'eux-mêmes, rêvant d'un idéal chimérique, sujets aux désillusions et au découragement, en un mot présentant déjà en germe des tendances que leur délire ne semble que traduire plus tard d'une façon exagérée. En même temps, leur caractère par d'autres traits, notamment la susceptibilité, l'orgueil, l'entêtement, l'égoïsme, la méfiance rappelle quelque peu celui des délirants systématiques ordinaires.

Le symptôme le plus saillant de l'affection une fois constituée, se trouve dans l'existence des idées d'indignité, d'incapacité, de culpabilité, etc., en un mot du délire d'auto-accusation. Mais ce délire se présente sous un aspect, avec des caractères intrinsèques très différents de ceux du délire d'auto-accusation de la mélancolie. Il se manifeste à titre de phénomène primitif et prédominant, au lieu d'être, comme dans la mélancolie, un phénomène secondaire. Il n'est pas l'expression délirante d'un changement dans les conditions de la personnalité du malade, mais ne représente que l'exagération dans le même sens de certains traits d'une personnalité déjà anormale.

Aussi n'a-t-il pas non plus ce caractère pénible, de peine morale, que le délire du mélancolique puise dans l'un des éléments fondamentaux de la maladie, la douleur morale. Ici la perturbation affective primordiale est absente; et la seule note émotionnelle que l'on peut saisir, souvent très nette, dans l'attitude, les discours même du malade, est celle de l'amour-propre vexé, du mépris affecté de soi-même, de l'orgueil impuissant. Aussi pourrait-on presque dire que l'humilité du

délire n'est qu'une étiquette trompeuse, qu'elle n'est pas une humilité sincère, mais ne traduit souvent qu'un sentiment d'humiliation et par suite d'orgueil, de vanité blessée.

D'autre part, il est à remarquer que ce délire d'auto-accusation ne présente pas cette espèce de rayonnement centrifuge du délire du mélancolique. Le malade n'envisage pas les conséquences que peuvent avoir son indignité, son incapacité, sa culpabilité, etc. sur l'avenir des siens. Il fait preuve au contraire d'un profond égoïsme, reste confiné dans l'analyse subjective, la contemplation désespérante de son moi.

Loin d'avoir cette fixité monotone qui fait du délire mélancolique une sorte de litanie, les conceptions délirantes revêtent un caractère de systématisation des plus nets. Les moindres faits sont interprétés par le malade dans le sens de ses idées et deviennent autant de preuves à l'appui de ses convictions. A tout instant il fait preuve d'un manque de critique absolu, ne se rend à aucun argument et, dans l'édification de son système délirant, il ne se borne pas à chercher des preuves dans le présent, mais il remonte dans son passé pour y trouver à chaque pas de nouvelles preuves de son indignité et de ses fautes.

Ce délire d'auto-accusation repose essentiellement sur des interprétations délirantes : dans les cas de forme chronique que nous avons observés, nous n'avons pu relever d'hallucinations. Cela d'ailleurs n'infirme nullement la possibilité de leur existence.

Lorsque l'on examine l'état mental sur lequel repose ce délire, on n'y retrouve aucune de ces modifications si caractéristiques qui accompagnent le délire d'auto-accusation chez le mélancolique. Ici les facultés intellectuelles ont conservé, dans leur exercice, toute leur vivacité. L'attention, la perception, la mémoire, l'association des idées ne témoignent nullement de cet arrêt psychique habituel à la mélancolie. En dehors de leur délire partiel, les malades conservent toute leur lucidité, toute leur vivacité d'esprit ; et beaucoup d'entre eux peuvent même continuer à s'acquitter comme devant de leurs occupations ordinaires.

Au point de vue émotionnel, il n'y a rien qui rappelle la douleur morale profonde et fondamentale du mélancolique. Tout au plus peut-on noter dans les paroxysmes, à l'état passager, un peu de dépression ou d'agitation anxieuse. Mais

il est très aisé de se rendre compte qu'il ne s'agit là que de simples phénomènes réactionnels, tels qu'on les observe souvent par intervalles chez les persécutés systématiques.

En parlant des réactions de ces malades, nous devons une mention toute particulière aux tentatives de suicide qui, mûrement réfléchies, bien combinées, exécutées avec décision, sont souvent des plus dangereuses et déjouent la surveillance la plus attentive.

Il y a là une certaine différence avec ce qu'on observe chez les mélancoliques qui, mûrissent sans doute très longtemps leurs projets de suicide, inventent toutes sortes de plans, mais en remettent l'exécution de jour en jour; chez lesquels ce luxe de combinaisons ne fait, en réalité, que cacher un manque absolu de décision et d'initiative, inhérent à leur condition même de mélancoliques; et dont les tentatives de suicide n'aboutissent que sous le coup d'un raptus anxieux, de terreurs panophobiques, d'une impulsion subite.

Au point de vue somatique, comme au point de vue psychique, on ne retrouve encore rien de l'état mélancolique. L'état général reste bon, les fonctions organiques s'accomplissent normalement. La physionomie, l'attitude, le langage ne rappellent non plus en rien ceux des mélancoliques.

Si rapide qu'il soit, l'exposé précédent suffira, je l'espère, pour montrer combien, par le mode de début, les caractères du délire, l'absence de tout symptôme, somatique ou psychique, d'un état mélancolique fondamental, ces cas diffèrent de la mélancolie pour se rapprocher au contraire de la folie systématique.

Voici d'ailleurs un exemple entr'autres qui me paraît bien démonstratif.

X... est un jeune homme de vingt-cinq ans, de taille moyenne, régulièrement constitué ; son aspect physique, au moment même où il nous est amené, ne trahit nullement un état de souffrance de l'organisme. Sa physionomie, son attitude ne nous révèlent au premier abord rien de bien particulier. Il nous apparaît seulement comme très émotif, timide, embarrassé.

Peu prolixe, volontiers même réticent, il émet cependant très nettement des idées particulières, dont la formule générale mérite dès l'abord de fixer notre attention.

C'est ainsi qu'il se considère comme un être inférieur à tout le monde, une sorte de rebut de l'espèce humaine. Rien de ce qu'il fait n'est bien ou suffisamment bien : et malgré tous ses efforts,

il n'arrive pas à se maintenir au niveau d'un homme ordinaire. Il n'est qu'un propre à rien, un mauvais employé, un être inutile, incapable de subvenir à ses besoins, à ceux de sa famille, d'élever son enfant. Il est un menteur, un fourbe, un hypocrite, un lâche, etc... Il n'est qu'un « fantôme d'homme ».

Par leur caractère d'auto-accusation généralisée, les conceptions délirantes offrent ainsi de grandes ressemblances avec celles des délirants mélancoliques ordinaires. Mais, en les analysant de plus près, elles semblent se distinguer par quelques notes très particulières.

C'est ainsi qu'elles n'ont pas ce caractère pénible, de douleur morale profonde, qui marque d'une empreinte si caractéristique le délire du mélancolique. Le malade se sent simplement humilié de son infériorité et le sentiment qu'il en ressent est avant tout celui de l'amour-propre vexé. Cela est très nettement mis en lumière par son attitude, le ton général de son discours, le mépris presqu'affecté avec lequel il se traite, ses interjections, ses haussements d'épaule lorsqu'il parle de lui-même, et certaines de ses phrases où par exemple il déclare dédaigneusement n'être « qu'un fantôme d'homme, qui n'est seulement pas capable d'être le maître chez lui ».

Ce n'est plus le sentiment d'humilité vraie du mélancolique qui transparaît dans la formule du délire, mais un sentiment d'humiliation, et par suite d'orgueil.

D'ailleurs, bien que ce délire soit un délire d'auto-accusation, il n'a point le rayonnement centrifuge de celui du délirant mélancolique. Le malade reste absorbé dans l'analyse subjective de son moi moral, dans la contemplation de son état d'infériorité et d'abjection. Mais, malgré les apparences, il n'en tire pas de conséquences pour ceux qui l'entourent; et ses aspirations à un idéal de perfection morale ne sont que le voile sous lequel se cache un égoïsme extraordinaire, et un orgueil profond.

Bien que les idées délirantes revêtent toutes la même formule uniforme d'auto-accusation, le délire ne se présente pas avec le caractère de fixité, de monotonie du délire mélancolique. Il est empreint au contraire d'une systématisation des plus évidentes. Le malade ne se contente pas d'affirmer son infériorité, de se lamenter sur son incapacité; mais les plus petits faits, les moindres de ses actes sont interprétés dans le sens de ses convictions erronées et invoqués comme preuves à l'appui. Il discute tous les arguments qu'on peut lui opposer. En vain sa femme déclare ne manquer de rien, et trouver que les ressources du ménage les mettent à l'abri du besoin; il ne se laisse pas convaincre. Ce sont de vaines paroles dites pour le rassurer, et en admettant même que sa femme soit sincère, cela prouve qu'elle s'aveugle sur tout, sur la vie, sur les hommes, en particulier sur lui. — Que ses chefs

soient contents de lui, il est possible qu'ils le disent, mais leur témoignage n'a aucune valeur : car il est mille petits détails de son service qu'ils ignorent et par suite ils ne peuvent juger de son incapacité réelle. L'avancement qu'on songe à lui donner ne signifie rien non plus, puisqu'on s'abuse sur son compte, et qu'il ne le mérite pas; et il faudra bien que tôt ou tard on s'en aperçoive. Que son confesseur trouve ses scrupules de conscience exagérés, qu'est-ce que cela peut signifier ? Son rôle n'est-il pas d'être indulgent, de consoler, de ne pas décourager ses pénitents ? Ses scrupules sont vrais et justifiés, il ne fait que le mal ; et alors même qu'il semble faire quelque chose de bien, cela est faux parce qu'il a toujours le mal en tête depuis son lever jusqu'à son coucher.

Lorsqu'il est à bout d'arguments, il ne persiste pas moins dans ses opinions, se contentant de déclarer « qu'il y voit clair et qu'il n'y a que lui qui y voie clair ».

En face de cette prétention exagérée, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer un fait qui met au contraire bien en lumière le manque absolu de critique de la part du malade, opposé à l'analyse qu'il fait de son « état d'âme » et qui pourrait en imposer. Nous avons émis tout à l'heure l'opinion que ses idées d'auto-accusation n'étaient que le masque d'un orgueil profond. Voilà une chose qu'il se refuse absolument à admettre et il est curieux de voir cet individu, qui semble se juger avec la dernière sévérité, s'attribuer toutes sortes de défauts, ne pas admettre ceux qu'il a réellement et que tout le monde autour de lui lui reconnaît, la susceptibilité, l'orgueil, l'entêtement.

Il est à noter aussi qu'il supporte très mal la contradiction : toute discussion l'impatiente ; à la moindre objection il hausse les épaules, regarde son interlocuteur d'un air quelque peu dédaigneux, élève la voix, devient irritable, s'anime, et répond avec vivacité, d'un ton brusque, mécontent, presque colère.

D'après ce qui précède, le caractère de systématisation du délire semble déjà évident. Il apparaîtra encore plus net, lorsque l'on saura que le malade apprécie de la même façon, non seulement les faits de sa vie actuelle, mais encore ceux de toute sa vie passée ; et vis-à-vis des uns comme des autres se montre rebelle à toute interprétation différente de la sienne. Par exemple, si lors de son service militaire il a rapidement conquis les galons de sous-officier, ce n'est pas une preuve qu'il fût bon soldat. Mais ses chefs se sont abusés sur son compte parce qu'il était un hypocrite et s'il fût resté au service on aurait bien été obligé de reconnaître son incapacité et son hypocrisie ; on l'eût certainement cassé de son grade. Si je me borne à citer ce fait, cela ne veut nullement dire qu'il soit isolé. Au contraire le malade aujourd'hui juge de la même façon tous les détails, même les plus éloignés, de sa vie antérieure : et, dans cette analyse rétrospective, refait ainsi toute son

existence dans le sens de ses convictions actuelles, la jugeant avec la même sévérité.

Aussi que lui importe l'avenir ? il n'a pas d'illusions à se faire à cet égard et sait bien à quoi s'en tenir. L'avenir sera ce que fut le passé, ce qu'est le présent, si ce n'est pis encore. Peut-il être jamais autre chose qu'un incapable, lâche, hypocrite et menteur.

Malgré tout, le malade ne semble pas se résigner volontiers à cette perspective. Tout en faisant peu de cas de l'utilité de ses efforts, il ne semble pas abandonner son rêve de perfection idéale. Maintenant encore il continue à remplir, plus exactement et plus scrupuleusement que jamais, ses devoirs religieux ; il se rend chaque jour à ses occupations, s'occupe de ses fonctions journalières avec le plus grand zèle et ses chefs déclarent spontanément être aussi satisfaits que possible de ses services ; il est même question pour lui d'un avancement.

Les considérations précédentes nous montrent que le délire de ce malade, soigneusement analysé, ne présente pas les caractères habituels du délire d'auto-accusation mélancolique, mais se rapproche au contraire, par bien des côtés du délire de la folie systématique (paranoïa) primitive.

Parmi les caractères différentiels du délire de la mélancolie et de la paranoïa primitive, il en est un fondamental, qu'il nous reste à examiner chez notre malade, celui de l'origine secondaire ou primitive.

Quel a donc été chez lui le mode d'apparition et de développement des idées délirantes qu'il émet aujourd'hui ? L'étude des anamnestiques nous fournira à ce propos des renseignements de première importance.

Notons d'abord que le père de ce jeune homme est mort dans un asile d'aliénés ; un oncle, frère du père, a présenté également des symptômes d'aliénation mentale.

Rien de particulier dans son enfance. Intelligent, mais apathique, il a toujours été d'un caractère méticuleux, scrupuleux, indécis, timide et en même temps orgueilleux, très entêté, triste, peu communicatif, se défiant des autres aussi bien que de lui-même. Plus tard, il fit preuve d'un véritable état d'instabilité mentale, changeant de métiers sans motif sérieux, sans but défini, se laissant aller à l'aventure, sans initiative personnelle, au gré des suggestions du moment, pris d'enthousiasme au moindre propos pour une chose nouvelle et tombant de même tout aussi vite dans la désillusion

et le découragement. Malgré les fatigues et les veilles supportées dans différentes places, il lisait beaucoup, mais n'importe quoi, sans suite et sans projet, sous le coup de vagues aspirations à un idéal obscur de supériorité intellectuelle et morale.

A dix-huit ans, onanisme pendant dix-huit mois. A vingt et un ans, il a fait son service militaire et est sorti du régiment avec le grade de sous-officier. Toujours scrupuleux, sans cesse mécontent de lui-même, ne trouvant jamais qu'il faisait assez ni assez bien, il était en revanche très aimé de ses camarades et très estimé de ses chefs.

A vingt-trois ans, une fois libéré du service, il a connu par hasard, dans les relations de sa mère, une jeune orpheline qui, élevée par des parents libres-penseurs, venait de se convertir et d'entrer au couvent. Après quelques entretiens seulement avec elle, lui, qui jusqu'ici s'était toujours assez peu soucié de la religion, se met à pratiquer avec exagération. C'est à partir de ce moment que les idées délirantes, sans être précédées ni accompagnées d'aucun autre symptôme particulier, ont commencé à se manifester d'une façon apparente pour la famille qui cependant n'y attacha pas grande importance. Dans les sociétés dont il faisait partie, comme dans l'administration où il était employé, le malade, en raison même de ses scrupules, n'était que plus estimé, considéré comme un excellent sujet, animé des meilleurs sentiments, d'une conduite tout à fait édifiante.

Depuis, les conceptions erronées n'ont fait que se développer progressivement; elles ont pris surtout une extension plus rapide, en même temps qu'une ténacité plus grande, depuis le mariage du malade, il y a neuf mois déjà.

Au point de vue de son origine, le délire d'auto-accusation nous paraît bien, d'après ce qui précède, mériter ici le qualificatif de primitif. Il n'est plus, comme dans la mélancolie, l'interprétation secondaire de phénomènes primordiaux (troubles cénesthésiques, douleur morale, arrêt psychique), dénotant une modification profonde survenue à un moment donné dans toute la personnalité du sujet. Il se développe insidieusement, progressivement, en ne représentant que l'exagération d'un caractère indécis, instable, scrupuleux, toujours à la poursuite d'un idéal que son manque d'équilibre natif ne lui permet pas d'atteindre; malheureux de son

impuissance, qu'une certaine dose d'orgueil lui fait d'autre part considérer comme une humiliation.

En même temps que la genèse du délire d'auto-accusation, cela nous fait très bien saisir certaines des nuances particulières de ce délire que nous avons tout à l'heure cherché à mettre en relief.

Les caractères actuels du délire, son mode de développement nous portent déjà à le considérer comme se rattachant plutôt à une forme particulière de folie systématique primitive qu'à la mélancolie.

D'autre part, on ne retrouve pas chez le sujet les traits fondamentaux de l'état mélancolique vrai.

C'est ainsi que du côté psychique, les facultés intellectuelles ont conservé, dans leur exercice, toute leur vivacité. L'attention, la perception, la mémoire, l'association des idées ne semblent nullement atteintes à un degré quelconque, de cet « arrêt psychique » qui est une des caractéristiques de la mélancolie.

An point de vue émotionnel, il n'y a rien qui rappelle la douleur morale profonde du mélancolique. Par instants seulement, le malade éprouve quelqu'angoisse, mais cela n'est que passager, et manifestement secondaire à un paroxysme d'exacerbation des préoccupations délirantes.

Au point de vue physique, on ne constate aucun des symptômes qu'on rencontre d'ordinaire dans la mélancolie. L'état général est excellent. La circulation, la respiration, la digestion, etc., sont normales, et le malade n'accuse aucune sensation particulière du côté des différents appareils organiques.

La physionomie, l'attitude ne sont pas non plus celles du mélancolique. Nous avons déjà vu que le malade continuait à travailler aussi facilement, aussi activement qu'autrefois et, dit-il, sans plus de fatigue. Au cours des interrogatoires, il apparaît comme un timide, mécontent, susceptible, émotif, facilement irritable, peu communicatif, mais jamais comme un mélancolique déprimé, apathique, résigné ou anxieux.

Les considérations précédentes sur le mode de développement de l'affection considérée dans son ensemble et dans ses rapports avec l'état mental antérieur du sujet, le tableau clinique actuel, l'analyse précise des symptômes considérés en eux-mêmes et dans leur filiation, leurs rapports réci-

proques nous permettent de retrouver ici les traits fondamentaux de la folie systématique primitive. Seule, la formule d'auto-accusation particulière du délire eût pu éveiller au premier abord l'idée d'un cas de mélancolie. Mais nous savons aujourd'hui que la formule d'un délire, quelle qu'elle soit, ne suffit pas à caractériser un état morbide, que le délire d'auto-accusation, en particulier, n'est nullement pathognomonique de la mélancolie, mais peut se rencontrer dans bien d'autres formes vésaniques au même titre que les autres délires de persécution, de grandeur, mystique, érotique, etc. Le diagnostic d'une forme vésanique quelconque ne doit pas reposer seulement sur l'existence de tel ou tel délire, mais sur l'ensemble total des symptômes, leur évolution, leurs rapports intrinsèques, la connaissance du fonds particulier sur lequel ils se manifestent. Ce n'est pas la teneur des idées, mais leur genèse qui permet de rapporter un délire à la mélancolie ou la folie systématique.

C'est ainsi que, dans le cas actuel, le délire d'auto-accusation ne peut être rapporté à la mélancolie délirante aiguë. Il ne peut même pas être considéré comme une forme de délire systématisé secondaire, consécutif à la mélancolie, puisqu'à aucun moment, même au début de la maladie, il n'y a eu de symptômes d'un état mélancolique.

Il se manifeste au contraire comme un symptôme relevant de la folie systématique primitive à laquelle il donne seulement, dans la circonstance, une teinte un peu particulière, mais sous laquelle on retrouve néanmoins les traits fondamentaux et caractéristiques de cette affection.

Quel est, en pareil cas, l'avenir des malades?

Dans la forme chronique que nous avons en vue, le délire se systématise progressivement, puis persiste sous une forme stéréotypée. Parfois surviennent, au bout d'un certain temps, d'autres idées délirantes, de persécution, de grandeur, dont l'adjonction au système délirant d'auto-accusation ne fait que confirmer le diagnostic. Quelques malades au contraire passent du délire d'auto-accusation à un délire de négation stéréotypé. Cette forme délirante peut-elle aboutir à la démence? Le fait est possible, mais les observations que nous avons relevées ne nous permettent pas de l'affirmer catégoriquement.

II. Passons maintenant aux cas aigus.

Si nous nous bornions à énumérer les différents symptômes que l'on peut rencontrer quand l'affection est une fois constituée, nous retrouverions à peu près tous ceux que l'on observe dans la mélancolie aiguë délirante. Aussi nous semble-t-il préférable de mettre surtout en lumière les différences et les contrastes principaux. Tout d'abord, il importe de noter que là encore l'affection se développe sur ce terrain spécial, que nous avons indiqué plus haut, et la plupart du temps sous l'influence de causes occasionnelles, extérieures, insignifiantes.

α. Le début est brusque, parfois subit, toujours très rapide et c'est toujours aussi le délire d'auto-accusation sous ses diverses teintes qui apparaît d'emblée, primitivement. Jamais il n'est précédé ni préparé par une période de dépression physique, morale, intellectuelle, ni d'anxiété simples.

Une fois le délire installé, le malade peut se montrer déprimé ou anxieux. Mais il ne s'agit pas là de manifestations permanentes, continues comme dans la mélancolie. Ce ne sont plus que de simples épisodes réactionnels en rapport avec l'exacerbation du délire. Cette mobilité, cette variabilité du ton émotionnel est de la plus haute importance. Elle est d'ailleurs des plus faciles à constater, et se reflète dans l'attitude, la physionomie, le langage du malade, tantôt déprimé, triste, anxieux, presque muet, tantôt indifférent, ou presque souriant et causeur, en un mot « ondoyant et divers », comme disait un de nos malades.

Les mêmes variations qui existent dans le ton émotionnel se retrouvent dans l'activité des différents processus intellectuels. Jamais on ne constate d'une façon permanente ce ralentissement, cet arrêt psychique fondamental du mélancolique. A part certains intervalles où les sujets semblent absorbés, distraits dans la rumination de leurs conceptions erronées, la plupart du temps, même en plein accès, ils font preuve dans la conversation d'attention, de mémoire, d'une idéation étendue; ils s'occupent, lisent, écrivent des lettres; nous en avons même vu faire de la musique et chanter.

Si l'on envisage les conceptions délirantes en elles-mêmes, on y retrouve souvent la plupart des caractères que nous avons essayé de mettre en lumière pour les formes chroniques. Nous n'insisterons pas; nous dirons seulement que, même dans les cas aigus, on s'aperçoit encore souvent que

l'humilité de ce délire peut n'être qu'apparente. Mais le fait capital, c'est que le délire d'auto-accusation n'a jamais la fixité monotone de celui du mélancolique, et revêt toujours un caractère, d'ailleurs variable, de systématisation, reposant sur un ensemble d'interprétations précises, de soi-disant preuves dont le sujet est toujours prêt à démontrer la réalité.

Les hallucinations sont rares : lorsqu'elles existent, elles sont presqu'exclusivement auditives et se présentent toujours comme la traduction sensorielle du délire.

Tout en s'obstinant dans ses convictions erronées, le malade ne fait d'ailleurs pas preuve d'ordinaire, à tout propos, de cet entêtement, de cet esprit de résistance systématique souvent signalés chez les mélancoliques, en raison même de cette mobilité de caractère que nous avons signalée plus haut.

Enfin, il est à remarquer que les signes somatiques font défaut : les fonctions organiques continuent à s'accomplir normalement et la santé générale reste bonne.

M. B..., âgé de quarante ans, fils d'un père nerveux, exalté, très original, et d'une mère hypochondriaque, a toujours été lui-même très nerveux, très impressionnable, fort intelligent d'ailleurs, extrêmement instruit, mais d'une délicatesse de sentiments presqu'outrée et qu'il se complait en quelque sorte à raffiner. Comme il le dit lui-même, il a toujours été un « sensitif ». Dans l'accomplissement de ses devoirs divers de fonctionnaire, de chef de famille, il s'est toujours montré méticuleux, très scrupuleux, apportant dans les moindres détails le souci de la perfection; sans cesse mécontent de lui-même et voyant dans la moindre négligence, la moindre erreur de sa part, une atteinte possible à sa réputation, à sa dignité, à son autorité. Facilement enthousiaste, très susceptible, autoritaire, sévère pour les autres comme pour lui-même, se sentant froissé lorsqu'ils ne paraissaient pas manifester soit à son égard, soit encore en dehors de lui, cette délicatesse de sentiments dans laquelle il se complait, mais néanmoins toujours obligeant et serviable.

Dans le courant de l'année 1895, M. B... eut à subir des contrariétés très sérieuses à propos de rapports de famille, dont il se montra quelque peu affecté, non sans raison d'ailleurs.

En même temps, certains de ses collègues ayant eu des démêlés avec l'administration à laquelle il était attaché, il eut à en ressentir le contre-coup ; et les journaux politiques ayant entamé à ce propos une polémique, il se trouva mêlé indirectement à cette

affaire. Il n'avait rien à se reprocher pour sa part ; aussi fut-il d'autant plus sensible à ces événements. Et c'est alors que *subitement*, sans avoir présenté d'autres troubles psychiques préalables, il commença à émettre des conceptions véritablement délirantes d'auto-accusation. Il s'accusait d'être un incapable, un indigne, considérant sa position comme perdue, voyant l'avenir de sa famille compromis à cause de lui. Il était déshonoré ; toute la presse parlait de lui, sûrement il allait être mis à pied, et les siens resteraient sans ressources, condamnés par sa faute à la ruine et à la misère.

En vain cherchait-on à lui prouver la fausseté de ses idées, il s'attachait à démontrer par toutes sortes d'arguments qu'il avait raison et ne se rendait à aucune preuve.

L'état physique restait bon, l'appétit convenable, les digestions régulières, le sommeil à peu près normal.

Au bout d'un mois environ, ne voyant se produire aucune amélioration, bien que le malade eût été envoyé à la campagne et isolé de son milieu habituel, les médecins qui le traitaient déterminèrent la famille à le placer. C'est alors que nous pûmes l'observer.

A ce moment, le malade émettait toujours les mêmes idées délirantes d'auto-accusation. Mais nous ne pûmes trouver chez lui aucun signe qui nous permît de les rattacher à la mélancolie.

Leur mode d'apparition était déjà très particulier, bien différent de celui des idées d'auto-accusation qui relèvent de la mélancolie.

Nous avons déjà noté que, dans ce cas, les conceptions délirantes s'étaient montrées subitement et les recherches les plus minutieuses auprès des membres de la famille qui n'avaient pas quitté le malade ne nous ont pas permis de retrouver *avant* elles ces troubles particuliers qui constituent l'état mélancolique proprement dit et qui, dans la mélancolie vraie, servent de fondement au délire. Pas de troubles physiques, pas de désordres coenesthétiques, pas de dépression, pas d'anxiété : le malade simplement préoccupé, comme tout son entourage des ennuis dont il avait à subir le contre-coup, ne s'était mis à délirer qu'à la suite de la lecture de ce journal dont nous avons parlé. Jusque-là il avait continué à remplir les fonctions assez délicates dont il était chargé, comme à l'ordinaire, sans plus de difficulté ni de fatigue.

Ces constatations rétrospectives nous semblaient mériter d'autant plus de foi qu'elles concordaient absolument avec celle de l'examen direct.

Bien que le délire fut toujours à ce moment aussi actif qu au début, nous ne pouvions relever aucun signe qui nous permît de le rattacher à la mélancolie.

Rien dans l'extérieur du malade ne révèle l'aliéné. Son attitude,

sa démarche, sa physionomie n'ont absolument rien de celles si caractéristiques des mélancoliques vrais.

La santé physique paraît excellente : de fait, il n'y a pas d'amaigrissement, pas de troubles vaso-moteurs, digestifs, etc.; le sommeil laisse seul un peu à désirer, mais le malade n'a jamais été un grand dormeur. — Il ne se plaint d'aucune sensation douloureuse et déclare se sentir tout aussi vigoureux qu'autrefois. Il n'accuse non plus aucun trouble émotionnel permanent, qui ressemble même de loin à la douleur morale du mélancolique.

Il s'exprime aisément, suit notre interrogatoire sans fatigue aucune ; il répond sans difficulté ; devient même volontiers prolixe dans ses explications ; et, loin de ressasser d'une façon monotone la même idée à la façon du mélancolique, s'ingénie à chercher des preuves à l'appui de ses dires, invoque mille petits détails, entre dans des discussions minutieuses, s'attache à réfuter tous les arguments contraires au lieu de s'obstiner purement et simplement dans une litanie monotone et ne se tient jamais pour battu. Tout le délire d'ailleurs se borne aux idées d'auto-accusation, sans mélange d'aucune conception délirante de teinte différente.

Le mode de début de ce délire, ses caractères particuliers, l'absence des signes pathognomoniques de l'état mélancolique, ne pouvaient nous autoriser à conclure qu'il s'agissait là d'un accès de mélancolie délirante. Rien non plus ne pouvait nous faire admettre un état mélancolique symptomatique de l'alcoolisme par exemple, de paralysie générale, etc... Et nous fûmes ainsi amené à porter par élimination le diagnostic de folie systématique avec délire, de teinte particulière, d'auto-accusation.

L'observation ultérieure ne fit que confirmer ce diagnostic.

Pendant un mois environ, l'état de M. B... reste stationnaire.

La santé physique se maintient excellente sous l'influence de l'isolement, le sommeil s'améliore, ce qui même ne laisse pas de vexer quelque peu le malade qui trouve là une nouvelle preuve de son indignité, de son manque de cœur.

Au point de vue mental, le délire ne s'est nullement modifié ; les idées d'auto-accusation sont toujours le symptôme prédominant et même exclusif. Il n'y a pas de troubles émotionnels permanents. Par intervalles seulement, le malade se montre irritable lorsqu'on le contredit dans ses idées délirantes ou d'autres fois se met à pleurer, à se lamenter sur son triste état. Mais ce sont là manifestement de simples réactions émotionnelles, très passagères d'ailleurs, provoquées par une sorte de paroxysme délirant, analogues à celles qui se manifestent transitoirement chez les persécutés systématiques.

En règle générale, il n'y a ni dépression, ni anxiété : loin de rester inactif, isolé, ruminant ses tristes idées ou de s'agiter dans une anxiété sans but, M. B... se mêle très volontiers aux autres malades. Il en est même qui l'intéressent ; il les étudie, les observe et fait même souvent sur leur état des remarques très fines et très spirituelles. Bien que son délire soit resté aussi actif, il lit, fait de la musique, sort à bicyclette, avec son domestique, va se promener ou faire de petits achats; il reçoit très volontiers les visites de parents, et écrit à sa femme des lettres très correctes où il ne parle pas même de ses idées, ne voulant pas, dit-il, susciter de nouvelles discussions et l'inquiéter sur une situation dont l'avenir se chargera de lui montrer l'exactitude. Lorsqu'il n'est pas engagé sur son thème délirant, il se montre causeur agréable, instruit, très observateur, etc. Souvent même il s'anime dans la conversation et se met à sourire. Ce contraste avec ses préoccupations habituelles n'est pas sans le frapper lui-même et plus d'une fois il nous fit remarquer combien il se montrait « ondoyant et divers ».

Dans les semaines suivantes, une amélioration progressive se manifeste dans les troubles mentaux, sans qu'ils aient d'ailleurs changé de caractère.

Les idées d'auto-accusation deviennent moins tenaces ; elles se dissocient petit à petit. M. B... reconnait d'abord que ses craintes sont peut-être exagérées ; puis, il discute lui-même ses idées et admet que beaucoup d'entre elles sont fausses.

Il parle de rentrer à son foyer, de reprendre ses occupations. Mais il manifeste la crainte que toute cette aventure ne lui ait nui auprès de ses supérieurs, de sa famille. Jouira-t-il de la même considération ? Pourra-t-il encore être le chef de sa famille, le maître chez lui ? Ne sera-t-il pas considéré comme un homme « diminué » ? C'est là sa préoccupation prédominante actuellement, et elle mérite à notre avis d'être notée; car elle montre bien un côté particulier du caractère du malade et peut faire tout au moins soupçonner que ses conceptions délirantes d'auto-accusation n'étaient peut-être que le reflet d'un sentiment d'orgueil humilié plutôt que d'humilité vraie.

Quoi qu'il en soit, le malade ne tarda pas à rentrer dans sa famille, à reprendre sans accidents sa vie antérieure. Son accès délirant avait duré en tout environ quatre mois.

Plus de deux ans se sont écoulés depuis lors sans nouvel incident.

β. Parmi ces délires d'emblée d'auto-accusation, les uns durent un temps assez long, sous l'aspect que nous venons d'indiquer, les autres se présentent sous l'aspect de simples bouffées délirantes ne durant que quelques jours.

Dans ces conditions, le tableau symptomatique est un peu différent et ressemble à celui d'un délire systématisé aigu hallucinatoire.

Le début est toujours subit, les conceptions délirantes apparaissent d'emblée en quelques heures. Ce sont des idées d'auto-accusation, de culpabilité, la crainte de poursuites, d'une arrestation, de la prison, etc. Elles ne tardent pas à s'accompagner d'hallucinations diverses, de l'ouïe et de la vue, de caractère pénible. Ces différents symptômes déterminent en général une anxiété réactionnelle, souvent intense, et parfois un certain degré de confusion secondaire des idées. L'insomnie est fréquente: parfois on note du refus d'aliments; les tentatives de suicide sont à craindre.

Par le mode de début brusque, le caractère primitif du délire, la fréquence des hallucinations, l'anxiété réactionnelle, ces faits se distinguent aisément de la mélancolie et se rapprochent au contraire très nettement des délires systématisés aigus à forme de bouffées délirantes.

Il est d'ailleurs un fait qui vient à l'appui de cette interprétation, c'est leur observation possible à titre d'épisodes transitoires dans le cours d'autres variétés de délires systématiques chroniques tels que ceux de persécution.

Les bouffées délirantes disparaissent au bout de quelques jours. Mais il est à remarquer que ces formes aiguës du délire systématisé d'auto-accusation, qu'il s'agisse de délires d'emblée prolongés, ou de simples bouffées délirantes, si elles guérissent, sont sujettes à récidives et souvent sous la même forme. L'observation suivante en est une preuve.

Mme ..., âgée de vingt-cinq ans, était accouchée depuis plus de six semaines, sans aucun incident et avait déjà repris ses habitudes de vie ordinaire lorsqu'elle lit dans un journal le récit de l'incendie du Bazar de la Charité. Elle s'en montre très frappée, en parle toute la soirée, dort mal la nuit, et dès le lendemain matin se met à délirer. Elle est une coupable, elle a commis toutes sortes de crimes; elle est indigne, incapable d'élever ses enfants. C'est par sa faute que le Bazar de la Charité a brûlé; elle craint qu'on ne l'en accuse, qu'on l'arrête, qu'on la mette en prison. Pas d'hallucinations. Insomnie la nuit suivante. Pas d'alcoolisme, ni d'hystérie.

Le lendemain ses craintes sont encore plus vives, car elle commence à entendre des voix qui lui reprochent tous ses crimes, en particulier l'incendie du Bazar; de plus elle voit des individus

armés qui viennent la tuer pour la punir. Anxiété réactionnelle. elle n'accepte aucune discussion de ses idées : à partir de ce moment, les hallucinations se présentent le jour comme la nuit, mais sont plus fréquentes la nuit.

Quatre jours plus tard, retour des couches. Dès lors, un mieux sensible se produit surtout du côté des hallucinations, moins fréquentes, notamment le jour. La malade commence à dormir.

Deux jours après, elle commence à discuter ses idées, puis très rapidement, dès le lendemain, les déclare fausses ainsi que ses hallucinations. Ces accidents ne se sont pas reproduits.

La bouffée délirante avait en tout duré neuf jours.

L'influence de l'accouchement, du retour de couches qu'on pourrait invoquer dans ce cas, ne nous paraît avoir eu en réalité qu'une importance très secondaire, du moins en ce qui concerne la forme clinique revêtue par les troubles délirants. En effet, deux ans auparavant la malade avait eu un accès tout à fait semblable de délire, ayant débuté subitement sans cause connue, et duré six semaines avec les mêmes idées délirantes d'auto-accusation, les mêmes hallucinations apparues postérieurement au délire. Nous n'avons pu avoir de renseignements précis sur les antécédents héréditaires.

THÉRAPEUTIQUE.

APERÇU GÉNÉRAL DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE DES VICES DE LA PAROLE ;

Par le Dr Ladislas OLTUSZEVSKI (de Varsovie),
Directeur de l'Institut pour les troubles de la parole et les affections naso-pharyngiennes.

L'étude des vices de la parole fut longtemps liée à la médecine générale et ne s'en est séparée que vers le commencement de notre siècle. Ensuite, il vint une période de silence pendant laquelle ces questions sont tombées dans l'oubli, en laissant le champ libre à divers préjugés. C'est seulement, en

1877, que nous voyons paraître l'ouvrage classique de Kussmaul qui, malgré bien des erreurs à notre point de vue actuel, embrasse la pathologie de la parole presque entière. Depuis cette époque, on a publié beaucoup de travaux importants surtout au sujet du bégayement; pourtant la logopathologie offre encore bien des points obscurs, et un vaste champ de travail y reste toujours ouvert aux investigateurs.

Nous basant sur nos études logopathologiques d'un côté[1], et des observations personnelles cliniques de l'autre (1050 cas de vices de la parole)[2], nous tâcherons de présenter une nouvelle classification des vices de la parole, des considérations sur leur pathogénie et thérapeutique, sur l'importance de la logopathologie, les rapports de cette science avec les autres branches de la médecine, et le rang qu'elle occupe parmi ces dernières.

Il faut avoir en vue quatre troubles principaux de la parole: le *mutisme*, le *balbutiement*, y compris la prononciation vicieuse, le *nasonnement* et le *bégayement*. Au lieu de la classification psychologique de Kussmaul, nous en accepterons une anatomo-pathologique, suivant laquelle les anomalies de la parole se diviseront en deux classes : 1° d'origine corticale; 2° d'origine subcorticale, c'est-à-dire avec lésions de la substance blanche du cerveau, celles du bulbe, de l'oreille ou des organes de l'articulation.

Pour arriver à la véritable définition du *mutisme* et expliquer les différentes variétés de ce vice, il faut connaître la psychologie de la parole. Or, les mentions que nous trouvons à ce sujet dans les auteurs qui ont écrit sur l'aphasie

[1] Du bégayement et balbutiement (*Medycyna*, 1892). Abriss der Physiologie der Sprache mit besonderer Berücksichtigung der Laute des polnischen alphabets (*Monatschrift für die gesamte Sprachheilkunde*, 1893). Die Entwickelung der Sprache bei dem Kinde und das Verhältniss derselben zu seiner Inteligenz. Berlin, 1896. De l'hygiène de la parole (en polonais), 1896. Allgemeiner kurzer Abriss über die Sprach störungen (*Therap. Monatshefte*, 1898). Von der Bedeutung der Associationscentren von Flechsig zur Esforschung der Entwickelung des Geites, der Sprache, der Psychologie der Sprache, wie auch der Lehre von der Sprachlosigkeit (*Neurologisches Centralblatt*, nos 4 et 5, 1898). Du rapport des paralysies cérébrales chez l'enfant avec diverses catégories des vices de la parole (*Gazeta Lekarska*, 1898).

[2] Fünf Beiträge zur Lehre von den Sprachstörungen (*Monatshefte f. d. ges. Sprachheilkunde*, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898). Sixième contribution aux anomalies de la parole (*Medycyna*, 1898).

depuis Broca jusqu'à nos jours, sont souvent erronées et ne concernent la psychologie de la parole que d'une façon indirecte, car il s'y agit avant tout d'expliquer théoriquement la production de telle ou telle autre variété de l'aphasie. Vernicke et Lichtheim envisageaient d'une manière trop matérielle, sous la forme de schémas artificiellement construits, les mémoires verbales et leurs associations psychiques; en outre, séparaient-ils à tort les processus de mémoire inhérents à l'écorce des voies de communication (extra-corticales), croyant que ces dernières ne servaient qu'à l'association des souvenirs verbaux. Kussmaul comprenait le mécanisme de la parole d'une façon plus large comme un ensemble d'associations qui se font uniquement dans l'écorce cérébrale, avec le concours de mémoire et d'attention; cet auteur niait les localisations. Charcot et ses disciples n'admettaient point d'associations entre les centres particuliers du langage et donnaient par contre beaucoup trop d'importance aux mémoires verbales, devant suffire par elles-mêmes à l'acte de la parole. Enfin, la nouvelle école psychologique depuis Bastian Grashey jusqu'à Freud, Goldscheider, etc., tient bien moins à la théorie des localisations, et tout en reconnaissant les mémoires verbales, insiste particulièrement sur les associations purement psychiques sans base matérielle. D'une grande portée sont ici les derniers travaux de Flechsig qui a démontré, par des raisons anatomiques, une différence fondamentale entre les centres sensoriels et ceux de l'association, par conséquent, en ce qui concerne l'acte de la parole, la différence entre la mémoire verbale sensorielle qui sert à rappeler les impressions respectives des sens et la mémoire des associations qui est destinée à relier les impressions sensorielles à certaines idées de l'esprit, afin de constituer les conceptions verbales.

Sans nier la valeur des travaux ci-dessus mentionnés, nous croyons toutefois que la psychologie rationnelle de la parole ne saurait être approfondie, avant de considérer la *base psycho-physiologique* du développement du langage chez l'enfant, question totalement négligée par les auteurs que nous venons d'énumérer. Nos recherches personnelles, faites à ce sujet, démontrent que le centre d'association moyen est une région où, non seulement s'accomplissent les associations entre les centres auditifs, les moteurs et les tactiles, tous actifs dans le

mécanisme de la parole (Flechsig), mais qui possède la faculté d'émettre automatiquement les souvenirs emmagasinés des mots, sans le concours du centre postérieur. Par conséquent, nous attribuons au centre moyen un rôle fort important dans la parole intérieure qui consiste à relier les conceptions verbales aux souvenirs automatiques des mots.

A la période initiale du développement du langage chez l'enfant, le centre moyen joue le même rôle psychogénique qui appartient dans la suite au centre postérieur. Avant que l'acte de la parole ne devienne automatique, l'enfant doit, pendant un temps très prolongé, associer consciemment certains sons et bruits (mots) avec des mouvements appropriés de l'appareil articulateur, afin d'acquérir une provision de souvenirs verbaux indispensables pour parler automatiquement. La même chose se passe quand on apprend à lire ou à écrire; le centre moyen doit alors associer les images optiques ou ensemble avec elles, les mémoires motrices avec des images vocales, et puis rappeler automatiquement ces images. Ces fonctions ne sont conscientes qu'au début.

En rapport avec ce qui vient d'être dit, voici quels sont les points fondamentaux de la psychologie de la parole. Les mémoires sensorielles verbales, inhérentes à des centres de la sensibilité rendent les services suivants : 1° font exécuter divers mouvements nécessaires pour l'articulation des sons ou l'écriture (mémoire motrice); 2° reçoivent les excitations du monde extérieur qui accompagnent l'acte d'écouter la parole, car chaque mot est composé de sons et de bruits (mémoire auditive), ou bien la lecture, c'est-à-dire l'action de percevoir les lettres (mémoire optique). Les mémoires sensorielles font partie de la mémoire organique ou automatique, dans laquelle nous rangerons également la mémoire d'association du centre moyen. Pour comprendre la parole et l'écriture, ainsi que pour parler et écrire spontanément, il faut se servir du centre psychique postérieur. La parole, dans le vrai sens du terme, n'est point un réflexe; c'est un processus psychique consistant en une série d'associations qui s'accomplissent dans l'écorce avec le concours indispensable de mémoire et d'attention. Ce processus se distingue des autres processus psychiques, tels que l'observation par exemple, — par une plus grande complexité, car les mémoires sensorielles doivent d'abord s'associer dans le centre moyen pour produire

la parole automatique, tandis que pour faire des observations, il suffit de mettre en rapport les différentes régions de l'écorce dans le centre postérieur. Deux mécanismes peuvent donc être actifs dans l'acte de la parole psychique : l'un, inférieur, à peu près automatique, siège dans l'insula de Reil; l'autre, supérieur, destiné aux conceptions verbales, est localisé dans la région du pli courbe (gyrus supramarginalis et supraangularis).

Les différentes opinions sur la psychologie de la parole avaient leur pendant dans la façon d'envisager le mutisme et ses varités. Ainsi, l'école anatomo-localiste de Vernicke-Lichtheim décrivait l'aphasie corticale, extra-corticale et subcorticale en rapport avec le siège de la lésion dans les centres ou dans les faisceaux de communication. Kussmaul qui donnait plus d'importance aux processus dynamiques (mémoire et association) propres exclusivement à l'écorce, niait les variétés extra et subcorticale; le premier, il mit en évidence l'aphasie amnestique. Charcot négligeait les associations entre les centres, et, pour lui, le mutisme devait être classifié suivant le siège de la lésion dans tel ou tel autre centre de mémoire verbale. L'école psychologique actuelle a remis les associations en valeur et attiré l'attention sur les variétés du mutisme purement fonctionnelles que la théorie des localisations ne saurait expliquer. Enfin, Flechsig a séparé avec raison l'aphasie sensorielle de celle d'association.

Pour nous, le mutisme constitue un *trouble* de la *mémoire verbale sensorielle* (auditive, optique ou motrice) ou bien de la *mémoire d'association* (centre moyen ou postérieur). C'est ce qui empêche ou supprime, tantôt les mouvements des organes articulateurs, tantôt l'excitation des centres sensoriels, tantôt les vestiges des souvenirs verbaux emmagasinés dans le centre moyen ou enfin les processus d'association du centre postérieur.

Outre la distinction du mutisme en celui des adultes et des enfants d'origine corticale et extra-corticale (lésions de l'oreille moyenne ou interne), nous proposons la classification suivante : Le mutisme d'origine corticale peut être *sensoriel* ou d'*association* et chacune de ces deux variétés peut être *organique* ou *fonctionnelle*. Dans les mutismes *sensoriels organiques*, il faut ranger :

1° L'*aphasie motrice*, consécutive aux lésions de la troisième

circonvolution frontale. La parole intérieure est conservée, les sujets peuvent lire et écrire sans pouvoir parler[1];

2° L'*aphasie auditive* (surdité verbale) due aux lésions de la première circonvolution temporale. Par défaut du contrôle normal de la part du centre auditif le sujet ne comprend pas la parole qu'on lui adresse, parle, lit et écrit paraphatiquement;

3° L'*alexie isolée* (cécité verbale) survenant en cas de lésion de la scissure interne (fissura calcarina). Le sujet voit des lettres, mais sans les reconnaître, ni pouvoir les nommer, par conséquent il ne comprend pas l'écriture.

L'*aphasie organique du centre d'association moyen* correspond à l'*aphasie motrice* avec *alexie* et *agraphie*. Le sujet ne peut pas parler spontanément, ne comprend pas l'écriture et n'est pas capable d'écrire, car il est privé de souvenirs automatiques des mots qui forment l'élément le plus important de la parole intérieure. Le *mutisme organique du centre postérieur* comprend: 1° *l'aphasie auditive d'association* se produisant dans les lésions de la circonvolution du pli courbe (g. supramarginalis). Malgré le pouvoir de répéter machinalement les mots entendus, de lire et d'écrire aussi machinalement (action automatique du centre moyen) la parole reste incomprise, le sujet parle, lit et écrit paraphatiquement; 2° l'*alexie d'association* ou *cécité verbale d'association* en cas de lésions du pli courbe (g. supraangularis). Le malade lit les lettres et les mots, mais sans y rattacher la signification qu'ils comportent (action automatique du centre moyen); 3° l'*aphasie optique*; 4° la *cécité mentale*.

La même classification s'applique aux mutismes *fonctionnels* ou *amnestiques*. Nous y distinguons entre autres les variétés sensorielles suivantes: 1° *aphasie motrice* dite auparavant aphasie mot. transcorticale; 2° *aphasie auditive* comprenant l'aphasie de Grashey et les cas, où l'affaiblissement de la mémoire auditive empêche de comprendre les paroles et les phrases qu'on prononce; 3° *alexie* avec impossibilité de lire les mots quoiqu'il soit possible de lire les lettres, ce dernier processus étant moins compliqué que le premier; dans d'autres cas de ce trouble, il est impossible de faire la lecture à haute voix malgré qu'on comprenne ce qu'on lit;

[1] Cette variété portait le nom d'aphasie motrice subcorticale.

il arrive également que le sujet, tout en pouvant lire, est incapable d'écrire, car il ne retient pas chaque mot le temps nécessaire pour l'écrire ; 4° dyslexie, *caractérisée* parce que le sujet lit d'abord bien, mais au bout d'un moment il s'arrête court, la lecture lui devenant impossible.

Le mutisme fonctionnel d'*association du centre moyen* comprend l'aphasie motrice sans alexie et agraphie. Le centre n'agit pas spontanément; il faut qu'il soit provoqué par les images des lettres ou des mouvements[1]. Enfin, il existe des formes *mixtes* dans lesquelles les lésions organiques se compliquent de symptômes purement fonctionnels.

Mutisme des enfants. — C'est la catégorie la moins étudiée dans sa pathogénie et la plus importante pour le logopathologiste. Il faut y distinguer l'*établissement tardif de la parole* et la *mutité* proprement dite. Le premier tient à ce que les mémoires verbales sont affaiblies par suite d'un vice quelconque de la nutrition de l'écorce cérébrale. Le mutisme véritable est pour la plupart dû à l'*arrêt de développement mental ;* si l'intelligence est plus ou moins intacte, on peut incriminer la *paralysie infantile* qui provoque l'aphasie motrice, le *mutisme extra-cortical* et la *surdi-mutité*. On ne connaît en littérature logopathologique que la variété par arrêt de développement et celle de Coen (Hörstummheit) observée chez des enfants assez intelligents mais incapables de parler spontanément quoiqu'ils comprennent la parole des autres. Pour nous c'est de l'aphasie motrice.

Dans les cas où il est impossible d'agir sur la cause même de l'affection, le *traitement* du mutisme consiste à développer la mémoire verbale sensorielle ou coordinatrice ; celle d'association chez les enfants à intelligence arriérée, il faut avant tout en outre développer cette dernière. Nous avons obtenu des résultats favorables non seulement chez des sujets normaux mais chez des imbéciles et des idiots. Le mutisme extracortical ne fut pas non plus rebelle au traitement. Suivant notre expérience personnelle, le plus facile à guérir est le mutisme infantile, parmi ceux des adultes le mutisme fonctionnel.

[1] Ce mutisme se distinguerait de l'aphasie motrice sensorielle organique en ce que la perte de la parole spontanée tient dans la première aux troubles de la mémoire motrice sensorielle, et dans la seconde, à l'affaiblissement de la faculté de se rappeler spontanément les mots.

On appelle *balbutiement* un vice de la parole aussi important que le mutisme et qui consiste à altérer la prononciation des mots jusqu'à les rendre incompréhensibles. La littérature ne nous donne aucune explication rationnelle de la nature de cette anomalie[1]. Il en existe deux principales variétés : le balbutiement *cortical* (dysphasie) et le balbutiement *subcortical* (dysarthrie). Le balbutiement d'origine corticale ne se laisse expliquer que si l'on prend en considération le balbutiement que nous avons appelé « physiologique » et que chaque enfant présente jusqu'à la fin de la troisième année ; ce trouble tient alors à la faiblesse temporaire des mémoires verbales sensorielles et à l'irrégularité consécutive de l'automatisme de la parole. Le balbutiement pathologique d'origine corticale, n'est parfois que la prolongation outre mesure de l'état physiologique, mais le plus souvent il est dû à l'arrêt de développement mental ou à l'aphasie motrice en voie de décroissance. Le vice, abandonné à lui-même, peut durer jusqu'à l'âge scolaire ou au delà.

Le balbutiement d'origine subcorticale chez les enfants très jeunes est habituellement provoqué par les affections du labyrinthe ou de l'oreille moyenne, par les excroissances adénoïdes ou encore la perforation du palais.

Il faut distinguer du balbutiement *la prononciation vicieuse d'une ou de plusieurs lettres,* la parole restant absolument compréhensible. L'origine de cette anomalie peut également être *corticale* (dysphasie) ou *subcorticale* (dysarthrie) ; dans le premier cas, nous avons affaire à du balbutiement physiologique persistant, à des restes du balbutiement pathologique, ou encore à l'imitation de l'entourage ; dans le second, il existe des lésions de l'oreille et de l'appareil articulateur.

La prononciation vicieuse doit être combattue pour des raisons d'esthétique, mais son traitement n'est pas si urgent que celui du balbutiement, car les enfants atteints de ce dernier vice ne peuvent pas faire des études. Il faut donc leur apprendre à émettre des sons qui leur manquent, à prononcer plus correctement ceux qu'ils disent d'une façon irrégulière, et à connaître l'ordre dans lequel les sons se succèdent.

[1] Le balbutiement des adultes soit d'origine corticale comme dans la paralysie générale, soit d'origine subcorticale comme dans la paralysie labio-glosso laryngée, n'est pas susceptible de traitement.

En ce qui concerne le *nasonnement*, la logopathologie ne s'occupe que de la variété dite nasonnement *ouvert* (rhinolalia aperta), car le nasonnement fermé (rhinolalia clausa) qui se produit dans l'occlusion de la cavité naso-pharyngienne n'appartient pas aux vices de la parole proprement dits. Le nasonnement ouvert consiste en ce que la cavité buccale n'est pas complètement séparée par le voile du palais de la cavité naso-pharyngienne, l'air expiré sort alors par le nez et les sons qui exigent la délimitation exacte des deux cavités ne peuvent être prononcés distinctement. La parole devient tout à fait incompréhensible.

Le nasonnement d'origine *corticale* chez les enfants se trouve, suivant nous, en rapport avec un mutisme en train de disparaître et de passer au balbutiement ; il tient par conséquent à la dépression fonctionnelle des centres moteurs de l'écorce ou à l'abréviation de la voûte palatine qui est un des signes de dégénérescence. Le nasonnement d'origine *subcorticale* est dû à la faiblesse de l'ouïe, à la division du palais, aux processus adénoïdes ou à d'autres causes quelconques empêchant la délimitation entre la cavité buccale et l'arrière-gorge.

Autrefois le nasonnement était considéré comme incurable; maintenant on le traite avec succès par la gymnastique du voile du palais et les procédés destinés à combattre le balbutiement. On doit recourir à cette méthode même en cas de perforation palatine, car l'opération la mieux réussie ne donnerait pas le résultat désiré sans une gymnastique appropriée du voile du palais. Le nasonnement doit être traité énergiquement dans l'intérêt du développement intellectuel de l'enfant.

Le *bégayement* appartient aux vices *dysphatiques* de la parole et doit être considéré comme une névrose se caractérisant par des contractions spasmodiques dans l'appareil de l'articulation, c'est-à-dire dans les cordes vocales, les muscles des lèvres et de la langue. Ces contractions peuvent atteindre les organes de l'articulation en totalité ou en partie. Les données recueillies sur l'étiologie du bégayement, mettent en évidence deux causes prédisposantes principales : l'*hérédité* dans la plus large acception du terme et l'*âge* de deux à quatre ans, celui où s'établit le langage. Les causes provocantes telles que *traumatisme, frayeur*, *contagion psy-*

chique, etc., ont également une influence, mais à condition de trouver un terrain favorable.

La *thérapeutique* du bégayement comprend d'une part les moyens qui agissent sur le système nerveux en général, de l'autre, elle cherche à faire disparaître les contractions vicieuses à l'aide de la gymnastique respiratoire, vocale et phonétique, que le sujet doit exercer avec conscience jusqu'à ce qu'il parvienne à parler correctement sans y mettre de l'attention. Notre expérience nous autorise à considérer le bégayement comme un vice parfaitement curable.

Maintenant, quelques mots à propos de notre matériel clinique. De juillet 1892 à juillet 1898 nons avons observé 1.050 sujets atteints de vices de la parole. Sur 217 muets, 9 (3 adultes, 6 enfants) ont subi le traitement complet; tous avec bon résultat. Sur 234 cas de balbutiement, y compris la prononciation vicieuse (58 balbutiements et 176 prononciations vicieuses), il y eut en traitement 54 personnes (6 balbutiements, 48 prononciations vicieuses) et chez toutes le résultat désiré a été obtenu. Sur 53 cas de nasonnement ouvert, nous avons traité 9 sujets avec succès complet. Enfin sur 537 bègues, 108 ont suivi tout le traitement et l'on a obtenu 99 guérisons et 9 améliorations.

L'étude des observations recueillies nous fait voir que la majorité des cas de vices de la parole se rapportent à la famille des *dégénérés* dans la large acception du terme ; il y en a peu qui tiennent aux lésions pathologiques du tissu cérébral en l'absence des troubles mentaux. C'est en seconde ligne seulement qu'il faut incriminer les causes *accidentelles :* les troubles de l'ouïe, les affections de la cavité naso-pharyngienne, etc. Voilà ce qui rapproche la logopathologie de la psycho et neuropathologie, dont elle formera bientôt un chapitre; elle est seulement en relation indirecte avec la rhinologie et l'otiatrie.

En résumant tout ce qui vient d'être dit au sujet de la logopathologie, nous voyons que cette science nous rend des services importants au point de vue de la théorie et de la pratique : c'est ainsi qu'elle élucide les vices de la parole chez les enfants tels que le mutisme et le balbutiement et fournit la base de leur thérapeutique; elle explique ensuite la pathogénie du nasonnement d'origine corticale ou subcorticale, indique comment il faut traiter les cas regardés jus-

qu'ici comme incurables ou difficiles à guérir; elle détermine la nature du bégayement et identifie avec lui l'affection dite « aphonie spasmodique [1] ». De concours avec la philosophie, la psychologie de la parole, les lois de son évolution chez l'enfant et l'étiologie de ses anomalies, la logopathologie amène à créer l'hygiène rationnelle de la parole. Par conséquent, elle ne cède pas en importance aux autres branches de la médecine pratique et mérite bien une place à part.

Pour que les recherches logopathologiques soient vraiment fructueuses, il faudrait que le monde médical s'y intéressât davantage, en contribuant à la propagation des idées justes sur l'hygiène de la parole et les vices de cette dernière. On verrait alors disparaître sans retour les préjugés tels que le bégayement vient d'une mauvaise habitude, que le mutisme et le balbutiement des enfants sont dus à la brièveté du frein, etc. Or ces préjugés sont fort nuisibles, car à cause d'eux on néglige la cure rationnelle du vice et pourtant cette cure, rendrait un certain nombre d'enfants aptes au développement intellectuel et le nombre des membres utiles de la société serait d'autant augmenté.

RECUEIL DE FAITS.

HYSTÉRIE MALE.

MUTISME. — AMAUROSE. — ACCÈS MÉLANCOLIQUE. — ÉTAT SECOND;

PAR

CH. VALLON, Médecin de l'Asile de Villejuif.

ET

J. ROGUES DE FURSAC, Interne des Asiles de la Seine.

SOMMAIRE. — *Homme sans antécédents héréditaires, porteur de stigmates d'hystérie. — Pendant l'enfance et l'adolescence : santé excellente; pas de convulsions ni de manifestations hystériques*

[1] Cette question est traitée en détail dans notre travail : *Spastische Aphonie*. (*Ther. Monatshefte*, 1898.)

d'aucune sorte. — Dans l'âge adulte : existence des plus mouvementées. — A trente-deux ans : syphilis. — A quarante-deux ans : première manifestation hystérique sous forme d'un accès de mutisme sans paralysie, sans cécité et sans surdité verbales, sans troubles de l'écriture; début brusque, terminaison brusque, durée quarante-cinq jours. — A quarante-sept ans : amaurose bilatérale, apparition et disparition brusques, durée trente-huit jours. — A cinquante-un ans : second accès de mutisme semblable au premier d'une durée de deux mois. — A cinquante-trois ans : court accès mélancolique amenant le placement à l'Asile de Villejuif, état second pendant cinquante-sept jours, troisième accès de mutisme identique aux précédents durant cent jours et jugé par une épistaxis, ptyalisme, amnésie, portant sur toute la durée de l'état second. — Sortie de l'Asile après un séjour de plus de six mois.

Grand, robuste, bien constitué, P... est âgé de cinquante-trois ans. Son père avait des habitudes d'intempérance, il est mort à soixante-dix-neuf ans d'une maladie de vessie. Sa mère, après avoir joui toute sa vie d'une bonne santé, a été emportée à l'âge de soixante-quinze ans par une attaque d'apoplexie. Les grands-parents de l'un et de l'autre côté ont tous atteint ou dépassé soixante-quinze ans.

P... a perdu un frère et une sœur. Le frère, son aîné, est mort à quatre ans, il ignore de quoi ; la sœur, sa cadette, est morte à quarante-trois ans, paralysée lui a-t-on dit, il ne la voyait plus depuis longtemps. Il lui reste une sœur migraineuse, mariée et mère de quatre filles bien portantes.

P... est lui-même marié. Il a eu 3 garçons : l'aîné, mort à dix-sept ans, de croissance (?), avait paraît-il, 2 m. 10 de taille; le second a été emporté à l'âge de quatre ans par une méningite ; le troisième actuellement âgé de huit ans et demi est bien portant.

Pendant l'enfance, P... n'a été atteint ni de convulsions ni d'aucune maladie grave, il s'est seulement fait en tombant au gymnase, une fracture de cuisse qui a guéri sans laisser de trace.

Jusqu'à l'âge de huit ans, P... reste chez ses parents, fréquentant l'école primaire où il paraît avoir été un de ces élèves moyens dont on ne dit rien. A huit ans, il devient enfant de troupe. A dix-sept ans il s'engage dans les Voltigeurs de la Garde, parvient en dix-huit mois au grade de sous-officier, puis rend ses galons pour passer aux tirailleurs algériens. Il reste pendant plusieurs années en Algérie où il est atteint du choléra et du typhus. Redevenu très vite sous-officier, au bout de quelques années de grade, il est nommé sous-lieutenant dans un régiment en garnison à Paris. La même année (1871) il se marie avec une jeune fille qui lui apporte 900.000 francs de dot. Il se met à fréquenter les cercles et en quelques années perd au jeu toute sa fortune. Il est cependant promu

lieutenant, mais en 1877 il est mis en réforme pour dettes. Sa femme demande et obtient la séparation de biens.

La même année il contracte un chancre de la verge que Ricord déclare syphilitique; il quitte alors sa femme dans la crainte de la contaminer mais reste cependant en correspondance avec elle. Au moment des accidents secondaires, il consulte Diday qui le déclare également atteint de syphilis. En 1878, éruption de pustules à la face, il va se faire soigner à Bruxelles. Le médecin consulté institue le traitement antisyphilitique et P... amélioré revient en France pour s'engager à la Légion étrangère. Le médecin-major ne l'accepte pas. Il se fait soigner à l'hôpital du Midi par Horteloup; il guérit, s'engage enfin dans la Légion étrangère (1879) et gagne vite les galons de sous-officier. En 1882, nouvelle éruption à la face. On l'envoie aux Eaux-de-Guagno, en Corse; il guérit et revient à son régiment. En 1883, troisième éruption, toujours au visage. Il est envoyé à Barèges d'où il revient guéri. Nommé adjudant, il part pour le Tonkin avec son régiment. Il y reste quatre mois; ses hommes ayant commis des actes d'indiscipline, son colonel lui déclare qu'il ne le proposera jamais pour le grade de sous-lieutenant. Il quitte alors l'armée et s'établit marchand de tabac à Saïgon où il reste jusqu'en juillet 1885. Dans l'espace de quelques mois il gagne 15.000 francs. Il rentre en France et après de nombreuses démarches, obtient du ministère de la guerre une retraite de 950 francs. Il devient alors crieur aux Halles.

En 1885, par une matinée très froide, comme de coutume, il annonçait sa marchandise en criant, quand tout à coup il ne peut plus parler; il est dans l'impossibilité absolue d'articuler une seule parole soit à haute voix, soit à voix basse, et tous ses efforts n'aboutissent qu'à l'émission d'un cri rauque et inarticulé toujours le même. Les jours précédents sa santé était excellente : ni céphalalgie, ni bégaiement, rien qui pût faire prévoir un semblable accident. Le mutisme dura quarante-cinq jours et cessa brusquement : P... se trouvant avec des amis se mit tout d'un coup à parler comme avant, d'une façon nette et correcte. Pendant toute la durée de son accès, il comprenait très bien ce qu'on lui disait, lisait et écrivait parfaitement.

Il quitte alors les Halles et reprend la vie commune avec sa femme. A la fin de 1888, il lui naît un petit garçon.

En 1890, il prend en cachette à sa femme 12.000 francs, va jouer aux courses et perd la plus grande partie de cette somme. Sa femme déclare qu'elle ne veut plus le voir; il se rend donc à Bruxelles dans l'intention de s'engager dans la Compagnie du Congo; on le refuse à cause de son âge.

En février 1890, après quinze jours d'une existence désordonnée et d'excès génitaux considérables; il est frappé d'amaurose. A l'en croire pendant ces deux semaines il avait pratiqué le coït en

moyenne quatre fois par jour et le jour même de huit heures du matin à quatre heures du soir il avait eu sept rapprochements sexuels. Il se trouvait dans la rue avec des amis quand il perdit subitement la vue ; les jours précédents il n'avait éprouvé aucun trouble du côté des yeux ; il se sentait seulement très fatigué par ses excès. Rentré chez lui, il fit appeler un médecin qui le prit pour un simulateur ; un second médecin fut du même avis que le premier. La cécité persista pendant trente-huit jours, elle était complète, il y avait impossibilité de distinguer le jour de la nuit ; elle disparut brusquement. Un matin P... se réveilla voyant parfaitement des deux yeux. Une huitaine de jours plus tard, il s'aperçut qu'il n'entendait plus de l'oreille gauche. Cette hémi-surdité a persisté et existe encore aujourd'hui.

P... quitte alors Bruxelles, retourne en Cochinchine où il reste trois mois ; puis il rentre en France, voyage de droite et de gauche et occupe successivement des emplois fort divers. En 1892, la séparation de corps demandée par sa femme est prononcée. Rien de particulier à signaler jusqu'en 1894.

Le 28 décembre de cette année, P... était en train de jouer à Monte-Carlo quand il est pris subitement d'un accès de mutisme en tout semblable à celui de 1885. Depuis quelques jours il avait une sorte d'appréhension vague ; il avait fait des excès génitaux et se rappelant que l'hiver, et particulièrement le mois de décembre lui avaient déjà été funestes, il craignait de perdre de nouveau ou la vue ou la parole. Cet accès dura deux mois, comme le premier, il cessa brusquement et ne s'accompagna ni de paralysie, ni de surdité et de cécité verbales, ni de troubles de l'écriture.

Aussitôt guéri, P... revient à Paris ; sans argent, il emprunte une somme assez considérable en contrefaisant la signature de sa femme. Poursuivi pour faux, il passe aux assises, mais il bénéficie d'un acquittement, grâce, pense-t-il, à ses bons antécédents et aussi au peu d'honorabilité de son créancier.

A la fin de 1895, il obtient une place de caissier. Pour tirer des amis d'embarras il leur prête de l'argent de sa caisse. Le détournement est découvert, P... est poursuivi et condamné par le tribunal correctionnel à un an de prison avec bénéfice de la loi de sursis (mars 1896).

De mars à novembre 1896, il reste inoccupé et vit chez des amis aux environs de Paris, sans trop s'inquiéter de l'avenir. A cette époque il manque une bonne place à cause de son casier judiciaire ; cela l'affecte beaucoup.

Le 7 décembre, il se présente au palais de justice et demande à parler au substitut de service. Introduit devant ce magistrat il lui tient les propos suivants : « J'ai perdu au jeu tout ce que je possédais ; j'ai été condamné à un an de prison avec la loi Béranger, mais je veux faire ma peine ; arrêtez-moi ou bien je vais faire un

crime dans la rue. » P... est très surexcité, on le conduit devant le commissaire de police auquel, tout en pleurs et tremblant de tout son corps, il fait la déclaration suivante : « Je suis à Paris depuis le 30 novembre, étant venu pour toucher le trimestre de ma pension, soit 239 fr. 50. J'ai joué aux courses et perdu cet argent. Non content de cela, j'ai emprunté sur mon titre un autre trimestre dont j'ai perdu également le montant au jeu. Punissez-moi (?) j'ai besoin d'être *purgé*. Je veux subir ma peine et obtenir un emploi en prison. Je vous assure que je me conduirai bien. Si vous ne m'emprisonnez pas, si vous me laissez sortir, je tuerai ma femme et je me tuerai ensuite, je veux mourir. »

Envoyé à l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, P... est examiné par M. le Dr Garnier qui l'envoie à l'Asile clinique avec le certificat suivant : « Mélancolie. Lamentations. Idées d'indignité. Condamné en mars dernier pour abus de confiance avec bénéfice de la loi Béranger il demande à faire sa peine, déclarant qu'il est un malheureux, indigne de pitié et qu'il doit se réhabiliter par le travail dans la prison. »

De l'Asile clinique, P... est transféré le lendemain à Villejuif avec un certificat de M. Magnan ainsi conçu : « Mélancolie; sentiment d'impuissance; découragement, pleurs, tendances au suicide. »

A son arrivée, P... est déprimé, son attitude est un peu étrange, sa physionomie exprime la tristesse, il ne manifeste pas d'idées délirantes, il ne fait entendre aucune plainte, il n'a pas d'hallucinations. Quand on lui pose des questions sur les faits actuels, par exemple sur l'état de sa santé, il répond sans trop de difficulté bien que laconiquement, mais dès que les questions portent sur sa vie passée, sur les circonstances qui ont motivé son internement, il garde le silence. Il n'a pas l'air de comprendre ce qu'on lui demande, ni de se rendre compte de l'endroit où il se trouve, bien que nous ayons soin de lui dire qu'il est dans un hôpital; ses facultés intellectuelles paraissent obnubilées. La respiration, la circulation, la digestion s'accomplissent régulièrement, il existe seulement un peu de constipation. P... ne mange pas volontiers mais avec un peu d'insistance on arrive à lui faire prendre ses repas avec les autres malades. Nous posons le diagnostic de dépression mélancolique.

Les jours suivants, pas de changement bien appréciable ; le 23 seulement nous notons une légère amélioration : P... est moins triste, moins déprimé, il s'occupe un peu dans le quartier.

Le 10 janvier, l'amélioration s'est notablement accentuée, l'activité est plus grande. Il existe cependant encore un peu d'obnubilation intellectuelle, le malade continue, semble-t-il, à ne pas se rendre compte de sa situation et du lieu où il se trouve. Il ne répond toujours pas quand nous le questionnons sur ses antécédents, mais nous n'ajoutons pas grande importance à ce fait, nous

croyons que nos questions éveillent en lui des souvenirs pénibles et nous n'insistons pas. Il est envoyé dans les bureaux de la Direction ; on lui confie des petits travaux d'écriture dont il s'acquitte convenablement.

Le 20 janvier, il travaillait comme d'habitude quand tout d'un coup il ne peut plus parler ; il est pour la troisième fois frappé de mutisme. Les jours précédents, contrairement à ce qui s'était passé lors des accès antérieurs il avait été pris d'un bégaiement assez marqué. Pendant quatorze jours, malgré tous ses efforts, il lui est impossible d'articuler une seule parole ; il parvient seulement à émettre un son guttural toujours le même, absolument comme dans les accès de 1885 et de 1894. Il comprend parfaitement tout ce qu'on lui dit et répond très bien à l'aide de l'écriture. Il reste aux bureaux et continue à travailler comme avant.

Le 3 février, sans cause appréciable il se produit un changement brusque dans l'état de P... Tout d'un coup il déclare aux employés du bureau qu'il lui semble sortir d'un rêve, qu'aujourd'hui seulement il se rend compte de sa situation ; il comprend qu'il est à Villejuif dans un asile d'aliénés et il demande pourquoi. Jusque-là il voyait bien sur les pièces qu'il recopiait : « Villejuif, asile d'aliénés » ; mais malgré cela il n'avait aucune idée de sa situation.

Nous l'interrogeons : sa physionomie est plus éveillée que les jours précédents ; il répond par écrit avec facilité et précision à toutes les questions que nous lui posons sur ses antécédents. Mais à partir du 8 décembre jusqu'au moment présent, il existe dans sa mémoire une lacune complète : de tous les événements se rapportant à cette période il n'a gardé aucun souvenir ; il ne se rappelle ni sa démarche au Palais de Justice, ni son arrestation, ni son passage à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police et à Sainte-Anne, ni son arrivée à Villejuif, ni ce qui s'est passé depuis, notamment le début de son présent accès de mutisme. Il nous exprime son étonnement de ne pouvoir pas parler.

L'état reste le même jusqu'au 1er mai. Ce jour-là à deux heures du matin, P. . est pris d'une épistaxis assez abondante, et une heure plus tard il avait recouvré la parole. Ce troisième accès de mutisme s'est donc terminé brusquement comme les autres et parait avoir été jugé par une hémorrhagie nasale.

La disparition du mutisme nous permet de converser plus facilement avec P... et de l'interroger plus à fond. C'est alors qu'il nous raconte son histoire jusqu'au jour de son arrestation telle que nous l'avons exposée.

L'examen physique donne les résultats suivants : les mouvements vulgaires de la langue et des lèvres sont conservés ; P... peut diriger la langue dans tous les sens, la porter à droite, à gauche, la faire sortir de la bouche, puis la faire rentrer. Cepen-

dant il prétend avoir de la peine à mastiquer, par suite de la difficulté qu'il éprouve à ramener les aliments sous les arcades dentaires. La déglutition au contraire, phénomène purement réflexe, s'exécute parfaitement. Il existe une légère salivation qui manquait les jours précédents et qui est apparue au moment où P... a repris possession de lui-même.

Le *réflexe pharyngien* est conservé ; le *reflexe rotulien* est exagéré des deux côtés; les autres réflexes, tendineux et cutanés sont normaux. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

L'examen de la *sensibilité cutanée* fait constater la présence d'une zone d'hyperesthésie à la face dorsale de l'avant-bras gauche, et d'une zone d'anesthésie, de la largeur de la main, à la région scapulaire droite. Cette hyperesthésie et cette anesthésie portent toutes les deux uniquement sur la sensibilité à la douleur ; la sensibilité au toucher et à la température est normale.

Il existe une *rachialgie* intermittente siégeant à la région lombaire ; le malade l'a fait disparaître instantanément en se ceignant les reins de plusieurs tours d'une très longue ficelle. — Il n'existe pas de zone hystérogène. — Le *champ visuel* est notablement rétréci des deux côtés.

L'*ouïe*, normale du côté droit, est abolie à gauche ; de ce côté le malade n'entend même pas une montre appliquée sur l'oreille, mais il l'entend très bien si on la place sur l'os frontal. Cette hémi-surdité s'accompagne d'anesthésie du pavillon et du conduit auditif du côté correspondant. — Le *goût* et l'*odorat* sont intacts.

Les *organes génitaux* sont normalement conformés, mais très développés. La pression testiculaire n'est pas douloureuse. P... assure ne s'être jamais livré à l'onanisme et avoir seulement fait, comme nous l'avons dit, de grands excès de coït.

Son intelligence paraît moyenne. La mémoire est fidèle, sauf en ce qui concerne la période de cinquante-sept jours, s'étendant du commencement de décembre 1896 au 3 février 1897 ; le jugement est correct ; il y a absence de toute idée délirante.

P... n'a pas une instruction très développée, il ne connaît bien que le métier militaire. Il n'a jamais été buveur, assure-t-il. Son grand défaut, celui qu'il considère avec raison comme la source de toutes ses infortunes, est la passion du jeu.

Depuis ce moment, la santé de P... n'a cessé d'être excellente, tant au point de vue mental qu'au point de vue physique. Il a travaillé aux bureaux de la direction où il s'est bien acquitté de tous les petits travaux qu'on lui a confiés. Pendant son séjour il a donné l'impression d'un homme au caractère doux, obligeant, aimant à rendre service. Il est sorti le 9 juin, guéri de son accès mélancolique, présentant toujours les mêmes stigmates d'hystérie et la même lacune dans la mémoire.

Le 8 septembre, P... nous a écrit une lettre dans laquelle il nous disait que depuis sa sortie il n'avait pu trouver aucune occupation lui permettant de gagner sa vie. Il ajoutait : « Aujourd'hui, quoiqu'ayant complètement ma raison, je viens vous demander en grâce de m'admettre dans votre service où vous me garderez le temps que vous jugerez convenable. D'ici un an ou deux j'aurai, par suite de ma séquestration, l'argent nécessaire pour pouvoir quitter le continent et aller vivre en Corse avec ma modeste pension. Mais il me faut un billet de mille francs d'avance que je ne pourrai jamais arriver à mettre de côté étant dehors, surtout ne travaillant pas et ayant toujours, je l'avoue, le vice du jeu des courses qui me ronge. »

Naturellement nous n'avons pu faire droit à la demande de P... et recevoir dans un service d'aliénés un homme exempt de troubles mentaux. Depuis nous n'avons plus eu aucune nouvelle de lui.

REMARQUES. — Nous avons intitulé notre observation *hystérie mâle*; ce diagnostic, en effet, nous paraît s'imposer. Notre homme était porteur de stigmates permanents d'hystérie : troubles de la sensibilité cutanée et rétrécissement du champ visuel, sans compter de l'hémi-surdité et de la rachialgie; de plus il est resté pendant près de deux mois en état second comme nous allons le démontrer; or, l'état second n'est autre chose qu'un état hystérique; enfin il a présenté des phénomènes pathologiques : accès de mutisme, amaurose transitoire qui s'expliquent bien par l'hystérie et ne peuvent s'expliquer que par elle.

Le diagnostic d'hystérie étant établi, examinons en détail les diverses manifestations morbides auxquelles a donné lieu la grande névrose.

P... est entré à Villejuif avec deux certificats de M. Garnier et de M. Magnan, le déclarant atteint de mélancolie, nous avons porté le même diagnostic; P... était bien en effet dans la dépression mélancolique mais il était de plus en état second.

Dès l'arrivée, jusqu'au jour où, suivant son expression, il est sorti comme d'un rêve, P... était capable de nous renseigner sur son état présent, mais, de sa vie passée, il n'avait gardé aucun souvenir ou plutôt il se souvenait seulement des actes que nous accomplissons subconsciemment tels que : manger, marcher, écrire, etc. Si par exemple nous lui disions : « Comment allez-vous? » il nous répondait : « Je

vais bien. » Mais, si nous lui demandions : « Où habitiez-vous avant de venir ici ? » nous n'obtenions aucune réponse. Dans la mélancolie on n'observe jamais cette dissociation de la mémoire des faits actuels et de la mémoire des faits anciens. Dans la mélancolie avec stupeur, le malade ne répond pas il est vrai quand on l'interroge, mais il reste muet, que les questions portent sur son état présent ou qu'elles aient trait à sa vie antérieure. Dans les formes légères de la mélancolie, comme celle présentée par P..., le malade est en état de renseigner aussi bien sur ses antécédents que sur son état actuel. C'est là un premier fait, en voici un deuxième : P... qui pendant cinquante-sept jours avait correctemement effectué un travail de bureau et vécu d'une vie en apparence normale, a perdu brusquement et complètement le souvenir de tout ce qu'il avait pu dire ou faire pendant cette période. Une pareille amnésie ne saurait non plus être imputée à la mélancolie. Le mélancolique stupide, une fois guéri, ne conserve parfois aucun souvenir de tout ce qu'il a éprouvé pendant son accès; il n'en est pas ainsi dans les cas de simple dépression mélancolique comme celle dont a été atteint notre malade : les souvenirs se rapportant à cette période peuvent être obnubilés mais jamais abolis. Enfin troisième fait : en même temps que toute une période de son existence s'effaçait de sa mémoire, P... recouvrait le souvenir de toute sa vie antérieure momentanément disparu.

L'état de P....., pendant toute la période qui s'étend du 8 décembre 1896 au 3 février 1897, n'était donc pas un état mélancolique, il ne saurait recevoir d'autre qualification que celle d'*état second*; pendant ces cinquante-sept jours en effet, P... a revêtu une nouvelle personnalité ignorant l'ancienne et qui devait rester ignorée d'elle. Les impressions reçues pendant cette période ne se sont pas agrégées à son ancienne personnalité mais se sont groupées pour en constituer une nouvelle qui réapparaîtra peut-être un jour, si pour une raison quelconque, P.... retombe dans son état second.

L'activité intellectuelle du sujet est généralement plus grande dans l'état second que dans l'état prime; chez P..., il en a été tout autrement, l'état second s'est accompagné de dépression mélancolique.

Il est à remarquer que P... est entré dans l'état second, à

la faveur d'une crise délirante. Or, dès 1877, M. Gilles de la Tourette a émis, comme on sait, cette opinion que l'état second n'est qu'une attaque délirante prolongée, de nature hystérique, le somnambulisme étant un véritable délire. Notre observation vient donc à l'appui de la manière de voir de M. Gilles de la Tourette.

D'après les renseignements très précis qu'il nous a donnés, notre malade est resté atteint, pendant dix-huit jours, d'une cécité *complète* qui a apparu et disparu subitement : l'hystérie seule est capable de produire une amaurose présentant ces caractères. La perte de la vue n'a pas été, semble-t-il, précédée d'une attaque ainsi que cela aurait presque toujours lieu, d'après M. Gilles de la Tourette. L'amaurose unilatérale est relativement fréquente, on le sait, mais il n'en est pas de même de l'amaurose bilatérale; M. Gilles de la Tourette [1] dit en avoir vu quelques cas seulement et il rappelle les suivants : deux de Landouzy, trois de Briquet, un de Marlow, un de Wundermann; un de Lévy observé à la clinique de Mendel.

Presque toujours la cécité hystérique n'est que temporaire, d'après M. Gilles de la Tourette elle durerait quelques heures et, au maximum, quelques jours. On voit donc que chez notre malade elle a eu une durée anormale. Il est vrai que dans un cas rapporté par Harlan, elle persista pendant six années.

Trouble purement fonctionnel, la cécité hystérique donne souvent lieu à des méprises. Ne constatant pas de lésions organiques de nature à expliquer la cécité, les deux médecins de Bruxelles qui ont examiné P... au moment de son amaurose l'ont considéré comme un simulateur; ils ne connaissaient peut-être pas l'amaurose hystérique. M. Ballet a présenté en 1897, à l'une de ses leçons de l'hôpital St-Antoine, un jeune garçon hystérique amaurotique d'un œil, il avait été examiné à diverses reprises par plusieurs oculistes qui, ne découvrant aucune lésion, crurent à de la simulation; il s'agissait en réalité d'une amaurose hystérique.

Des trois accès de mutisme les deux premiers ont éclaté brusquement, le troisième a été précédé pendant quelques jours par du bégaiement. Ce bégaiement prémonitoire se rencontre assez fréquemment, comme on sait, et Charcot en a cité plusieurs exemples. Les trois accès se sont terminés

[1] Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*, t. I, page 337.

brusquement, le malade recouvrant entièrement tout d'un coup la parole perdue depuis plusieurs semaines. Ces accès de mutisme ne se sont accompagés ni de paralysie, ni de cécité et de surdité verbales, ni de troubles de l'écriture : cela montre bien leur caractère purement fonctionnel, leur origine hystérique.

Dans le troisième accès de mutisme, le seul qu'il nous a été donné d'observer, nous trouvons deux symptômes qui n'auraient pas existé dans les précédents. Ce sont les troubles de la mastication et le ptyalisme.

Les troubles de la mastication, très légers, se bornaient à une difficulté qu'éprouvait le malade à ramener les aliments sous les arcades dentaires au moyen de la langue, bien que les mouvements de cet organe ne fussent en rien altérés. Il s'est probablement produit là un de ces phénomènes psychologiques subconscients si fréquents dans l'hystérie. Le malade ne pouvait pas parler, ce qui lui a fait croire que sa langue était paralysée; à cette idée s'est associée inconsciemment ou plutôt subconsciemment, l'idée qu'il ne pouvait pas non plus remuer la langue pour ramener les aliments sous les arcades dentaires. Cette explication se trouve corroborée par ce fait que les troubles de la mastication sont survenus seulement quinze jours après le début du mutisme (l'état mélancolique avait alors complètement disparu, en sorte qu'on ne saurait voir là une simple idée hypochondriaque) ; et surtout par cet autre fait que la déglutition, acte dans lequel la langue joue un rôle aussi important que dans la mastication, mais purement réflexe, s'accomplissait d'une façon tout à fait normale.

Ce troisième accès de mutisme a encore présenté ceci de particulier, qu'il semble avoir été jugé par une épistaxis, hémorragie qui n'est pas rare chez les hystériques.

Il faut noter enfin que ce troisième accès de mutisme s'est développé au cours de l'état second, et que malgré le retour à l'état prime, il a persisté encore pendant quatre-vingt-sept jours.

La salivation doit être rapportée à un trouble vaso-moteur comme on en rencontre si souvent chez les hystériques, analogue à ceux qui provoquent chez eux les sueurs, la polyurie.

En résumé, l'hystérie s'est révélée chez notre malade par un grand nombre de syndromes : amaurose, mutisme, état

second, ptyalisme, hémi-surdité; il faut noter cependant qu'il semble n'y avoir jamais eu ni grande ni petite attaque.

Une dernière remarque : Toute sa vie, P... s'est conduit comme un déséquilibré. Il a exercé successivement les professions les plus diverses, il a été tour à tour soldat, officier, puis de nouveau simple soldat, marchand de tabac, crieur aux halles, caissier, etc., etc ; il a dissipé dans les cercles la grosse fortune que sa femme lui avait apportée en dot et encore aujourd'hui, dominé par une passion maladive du jeu, il lui arrive de perdre en un seul jour tout un trimestre de sa pension; expulsé de l'armée, il est passé une fois aux assises, il a été condamné une fois, en police correctionnelle, sa femme a dû se séparer de lui de biens, d'abord, de corps ensuite. P... s'est donc toujours conduit comme un déséquilibré, mais c'est à quarante-deux ans seulement qu'il s'est révélé hystérique. A quoi attribuer l'apparition tardive de la névrose jusque-là latente? Il serait difficile de le dire. On ne saurait, semble-t-il, incriminer la syphilis : le chancre s'est produit dix ans plutôt et il n'existait aucun accident syphilitique au moment où s'est produit la première manifestation hystérique sous forme d'accès de mutisme. Mais s'il est rare de voir l'hystérie apparaître aussi tardivement, il est commun, par contre, de la voir se développer sur un fond de dégénérescence mentale du genre de celui qui existait chez notre malade : M. Ballet et ses élèves MM. Marquezy, Tabaraud, Roubinovitch ont bien mis ce fait en lumière, particulièrement en ce qui concerne l'hystérie mâle.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XL. **Contribution à l'étude des localisations des noyaux moteurs dans la moelle lombo-sacrée et de la vacuolisation des cellules nerveuses**; par les Drs VAN GEHUCHTEN et DE BUCK.

Les auteurs ont pu utiliser un cas de désarticulation de la hanche

pour faire de nouvelles recherches sur les localisations des noyaux moteurs dans la moelle lombo-sacrée.

Les faits observés concordent entièrement avec ceux qu'ils avaient constatés dans un premier cas : il existe donc, à en juger par la localisation de la chromatolyse consécutive à la section des nerfs, au niveau de la moelle lombo-sacrée, deux groupements de cellules nerveuses ou noyaux qui sont en rapport avec l'innervation motrice de la jambe et du pied, un premier noyau postéro-latéral allant depuis la partie supérieure du 5e segment lombaire à la partie inférieure du 3e segment sacré et un second noyau, postérieur au premier, allant de la partie supérieure du 2e segment sacré à la partie inférieure du 4e segment sacré.

Un certain nombre des cellules chromatolysées présentaient, en nombre variable, des vacuoles de petit volume, sous forme de cavités rondes semblant taillées à l'emporte-pièce au sein du protoplasma cellulaire.

La question de la vacuolisation du protoplasma des cellules nerveuses ne peut pas recevoir, dans l'état actuel de la science, de solution nette et précise. (*Revue neurologique*, août 1898.)

E. BLIN.

XLI. **Les porencéphalies** (*Recherches histologiques*); par le Dr F. GANGITANO. (*Il. Morgagni*, n° 7, 1898.)

Le manque de connaissances exactes sur les causes étiologiques de la porencéphalie est cause de la variété et de la multiplicité des dénominations, des subdivisions, des classifications qu'on rencontre chez les auteurs qui se sont occupés de cette question. Toutes ces formes et variétés pourraient bien être sous la dépendance d'un processus anatomique unique, pouvant se produire dans la vie indépendante aussi bien que dans la vie intrautérine. C'est de cette hypothèse, acceptée par les uns, combattue par les autres, qu'est parti l'auteur au cours de ses recherches histologiques sur les porencéphalies. Il passe en revue la littérature de son sujet, riche déjà au point de vue clinique, assez pauvre au point de vue anatomo-pathologique. Il insiste tout particulièrement sur un travail récent de Kalhden portant sur dix cas de porencéphalies avec recherches histologiques et donne les deux observations complètes sur lesquelles s'appuie son travail. L'histoire clinique ne permet pas de douter qu'il s'agisse dans l'une et l'autre de *porencéphalie acquise* : l'examen macroscopique et microscopique confirme ce diagnostic en reconnaissant comme cause du porus : dans le premier cas, un ramollissement cérébral trombosique datant de longues années, dans le second cas une hydrocéphalie consécutive à des tumeurs tuberculeuses et relativement récente.

Dans le premier cas l'auteur rencontre une membrane de néofor-

mation complètement organisée, telle qu'elle constitue pour les auteurs en général le caractère anatomique de la porencéphalie acquise.

Dans le deuxième cas, qui paraît dépourvu de membrane, il constate, au dessus de la cavité, les éléments histologiques des tissus de néoformation. Ces éléments sont épars et semblent rayonner les uns vers les autres, selon une disposition analogue à celle qui a été constatée dans le premier cas. La comparaison des signes anatomiques et microscopiques soigneusement recueillis dans les deux cas, semble donc démontrer clairement l'existence, dans l'un comme dans l'autre, de la membrane néoformée, parvenue dans le premier cas à la période d'état, dans le deuxième cas à la période *initiale*. D'où il se dégage naturellement cette opinion, que l'existence au-dessus de la cavité porencéphalique d'une membrane de néoformation pourrait bien ne pas avoir — comme on le croit généralement — de valeur réelle au point de vue du diagnostic pathogénique, mais seulement du diagnostic *chronologique*.

R. Charon.

XLII. **Une singulière infection cérébro-spinale expérimentale, avec altérations policellulaires évidentes et profondes** ; par G. Daddi et Silvestrini. (*Lo Sperimentale*, n° 3, 1898.)

Au cours de recherches expérimentales sur les virus rabiques, les auteurs ont isolé un micro-organisme de forme nettement bacillaire, se présentant généralement accouplé ou en chaînettes de 3-4-5 éléments, doué de mouvements oscillatoires lents et peu étendus, se colorant avec les couleurs communes d'aniline, pullulant rapidement dans les milieux de culture ordinaires, doué d'une vitalité extraordinaire et résistant à la température de 70°.

Les inoculations pratiquées sur un grand nombre de lapins, de chiens, de rats, à l'aide des cultures de ce bacille ont démontré une action pathogénique toute particulière. Par les voies sous-cutanée, péritonéale, pleurale, ces inoculations n'ont produit aucun effet morbide; mais par la voie sous-duremérienne, elles ont produit dans tous les cas un ensemble de symptômes pathologiques très particuliers : les uns à forme aiguë, les autres plus ou moins graves à forme chronique : contracture de la tête en opistotonos, tremblement exagéré par le stimulus le plus léger, extrême excitabilité réflexe, difficulté considérable à reprendre l'équilibre perdu, mouvements ataxico-parético-spasmodiques des membres, épuisement très notable de l'énergie, faiblesse du sens musculaire. Par les symptômes particuliers de l'infection cérébro-spinale qu'il produit, par ses caractères morphologiques et culturaux, le micro-organisme en question diffère donc de tous les autres micro-organismes décrits antérieurement, et en particulier de celui de la rage,

puisque les animaux inoculés à l'aide des cultures de ce bacille, ne se sont pas montrés plus tard réfractaires au virus rabique. L'action de ce bacille nouveau se porte spécialement sur les cellules nerveuses, dont les auteurs décrivent les lésions dans le cerveau, le cervelet et la moelle épinière (augmentation de volume du protoplasma granuleux, modification finement granuleuse de la substance chromatophile, déformation variqueuse des prolongements).

Les auteurs proposent, pour fixer le caractère de localisation tout particulier de ce micro-organisme, au point de vue clinique, de le désigner sous le nom de *diplobactérie encéphalo-myélophile.*

R. Charon.

XLIII. **Section partielle du nerf médian. Suture. Restauration fonctionnelle**; par A. Lambotte et Sano. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 4.)

Cette observation concerne un enfant de Paris qui, en cassant une vitre avec la main, se fit au poignet une blessure qui intéressa le tendon du petit palmaire, celui du long fléchisseur du pouce et les deux tiers externes du nerf médian. La suture de ces deux tendons et des fibres sectionnées du médian fut suivie du retour rapide de la sensibilité : celle-ci disparut, il est vrai, au bout de quelques jours, mais pour reparaître définitivement peu de temps après. Quant à la mobilité des doigts, elle n'avait pas été modifiée par la blessure du médian : l'auteur conclut de cette particularité que le faisceau qui contient les fibres motrices au niveau du poignet se trouve dans la partie interne du nerf.

G. Deny.

XLIV. **Lésion de la bandelette optique et du pédoncule du côté gauche**; par A. Maheim. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 4.)

XLV. **Un cas de tabes incipiens avec exagération des réflexes rotuliens et abolition du réflexe du tendon d'Achille des deux côtés**; par Van Gehuchten. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 5.)

L'auteur croit pouvoir conclure de cette observation que l'affaiblissement ou l'abolition du réflexe du tendon d'Achille a une aussi grande importance pour le diagnostic du tabes que le signe de Westphal.

XLVI. **Des altérations des cellules nerveuses provoquées par l'arsenic**; par le Dr Soukhanoff. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 3.)

Il ressort de ce travail que des doses toxiques d'une solution d'arsenite de potassium injectées à des cobayes, déterminent assez

rapidement des altérations des cellules nerveuses de la moelle qui peuvent se résumer ainsi : 1° Coloration diffuse du corps cellulaire avec désagrégation des corpuscules de Nissl et turgescence de toute la masse du protoplasma ; 2° dissolution partielle de la substance chromatique (apparition de taches noires) ; 3° vacuolisation. G. D.

XLVII. **Recherches sur l'origine réelle des nerfs crâniens (nerf pneumogastrique)**; par le Dr Van Gehuchten. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 2.)

Il résulte de ces recherches : 1° que les fibres motrices du nerf vague présentent deux noyaux d'origine :

a) Un noyau moteur ventral ou *noyau moteur à grandes cellules*, constituant le noyau ambigu. Ce noyau appartient en propre aux fibres de ce nerf.

b) Un noyau moteur dorsal ou *noyau moteur à petites cellules*. Ce noyau appartient à la fois aux fibres du vague et aux fibres bulbaires du nerf de Willis.

2° Que les fibres sensitives du nerf vague pénètrent dans le bulbe jusqu'au niveau du faisceau solitaire. Là, elles se recourbent en bas pour devenir les éléments constituants de ce faisceau. Ces fibres peuvent se poursuivre jusque dans l'extrémité supérieure de la moelle cervicale. Elles se terminent par des ramifications collatérales et terminales dans la substance grise gélatineuse voisine. Celle-ci représente donc le noyau terminal des fibres du faisceau solitaire ainsi que le noyau sensitif du nerf de la dixième paire. G. D.

XLVIII. **Deux cas de porencéphalie**; par Wigdesworт. (*Brain* LXXVII *et* LXXVIII.)

I. Homme de vingt-quatre ans (père alcoolique) normal jusqu'à treize ans ; affaiblissement intellectuel depuis cet âge avec attaques épileptiques et faiblesse du bras droit ; essai de traitement médical amélioration puis aggravation progressive, mort en état de mal. Hémisphère gauche pesant 115 grammes de moins que le droit, vaste perte de substance sans communication ventriculaire, intéressant tout le pourtour des deux tiers supérieurs de la Sc. de Sylvius, déformation du lobe frontal qui paraît accru, atrophie droite du cervelet. L'auteur fait remonter la production de la lésion au septième mois intrautérin. — II. Jeune homme présentant des symptômes analogues, mort, hémisphère gauche déformé dans ses deux tiers antérieurs, aplati latéralement, destruction des circonvolutions préfrontales. Pour ces deux cas, l'auteur repousse toute hypothèse de tuberculose, d'embolie ou d'encéphalite comme ori-

gine. Pour le premier cas il croit à un développement défectueux aggravé par un traumatisme intrautérin, pour le deuxième à un simple traumatisme remontant probablement à la parturition.

F. Boissier.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Xe Session. — *Marseille, avril* 1899[1].

Séance du vendredi 7 *avril* (matin). — Présidence de M. Doutrebente.

ALIÉNÉS MÉCONNUS ET CONDAMNÉS

M. Taty, rapporteur. — Les aliénés méconnus et condamnés peuvent être réunis en deux groupes : les uns ont été totalement méconnus, le magistrat n'ayant pas jugé utile d'avoir recours à un examen médical ou n'ayant pas soupçonné leur maladie; les autres ont subi un examen médico-légal, qui ne les a pas empêchés d'être méconnus. Dans ce dernier cas, l'erreur peut provenir des experts qui se trompent dans leurs conclusions ou relever du magistrat qui ne tient pas compte dans son jugement des indications de l'expert.

A ces deux groupes d'aliénés il faut ajouter ceux qui, reconnus aliénés par les médecins-experts, bénéficient d'une ordonnance de non-lieu et qui, une fois à l'asile, laissent le médecin s'apercevoir de leur responsabilité ou avouent eux-mêmes pour obtenir leur sortie. Ce groupe comprend de nombreux sujets et beaucoup de médecins d'asiles pourraient en signaler des exemples.

Ce sont eux qu'a décrits M. Charpentier sous le nom de *pseudo-irresponsables*, et on peut en rapprocher ceux qui, d'après M. Vallon, font de l'aliénation préventive, excuse anticipée de leurs méfaits à venir.

Malgré les progrès de la psychiatrie et les relations entre la médecine légale et la magistrature, on constate encore trop fréquemment à notre époque la condamnation d'aliénés indiscutables (paralytiques généraux, déments, persécutés, etc.). Ces faits regrettables peuvent et doivent être évités.

[1] Voir le dernier numéro, *mai*, page 366-409.

Des individus à tares psychiques, capables certainement de commettre des infractions sous l'influence nette de ces tares ou d'un délire surajouté, mais aussi d'en commettre d'autres à caractère moins nettement pathologique et même de se servir de ces tares ou de ces phases délirantes comme d'un moyen de dégager ultérieurement leur responsabilité, sont encore souvent condamnés; les antécédents de ces individus comportent des condamnations et des internements dans les asiles, antérieurs ou postérieurs à ces condamnations, prouvant qu'ils étaient aliénés au moment de l'infraction et que la condamnation a frappé un aliéné méconnu [1].

Les médecins, les magistrats et le législateur doivent rechercher et appliquer tous les moyens propres à empêcher à l'avenir les condamnations pour infractions nettement symptomatiques d'un état quelconque d'aliénation mentale et à faciliter la critique médico-légale des infractions épisodiques commises par des individus à antécédents pathologiques douteux, de façon qu'on n'ait plus à regretter de voir punis des aliénés criminels ou délinquants dans les cas où la maladie mentale est la cause indiscutable de l'acte incriminé. — Ces moyens sont préventifs ou réparateurs.

Les *moyens préventifs* consistent dans le développement de l'enseignement des maladies mentales permettant aux médecins de remplir auprès des tribunaux de première instance l'office d'experts suffisamment aptes à diagnostiquer les cas d'aliénation faciles et à éveiller l'attention des magistrats dans les cas difficiles. Il serait en outre nécessaire d'étendre cet enseignement aux étudiants des Facultés de droit, futurs avocats ou magistrats instructeurs, de façon à les mettre en état de mieux reconnaître les cas dans lesquels un doute peut planer sur l'intégrité des facultés intellectuelles des prévenus. A cela, ajoutons l'organisation d'un service médical, partout où il sera possible, chargé de visiter tous les prévenus incarcérés et pouvant être mis à la disposition des prévenus en liberté et poursuivis sur citation directe, une visite suffisant en général pour supprimer la moitié des erreurs judiciaires relevées et permettant de soulever, dans les autres cas, des doutes capables de légitimer une expertise plus sérieuse. Des garanties devraient être données à la société et aux individus par les mesures suivantes : les expertises contradictoires; l'intervention de la magistrature pour le placement d'office des prévenus reconnus aliénés; la nécessité pour le jury de statuer sur l'irresponsabilité des accusés; la création des asiles de sûreté, sous différentes réserves, notamment sous celle que le placement n'y sera effectué que sur avis médical motivé et quand l'asile ordinaire sera reconnu insuffisant. Tous ces moyens ont pour but d'empêcher la con-

[1] Nous avons relaté un certain nombre de cas de ce genre dans nos *Comptes rendus* de Bicêtre de 1880 à 1898. (B.).

damnation d'un aliéné. Les *moyens réparateurs* consisteraient dans les mesures suivantes : 1° lorsque la condamnation s'est produite, réformation du jugement par la voie de l'appel, et action d'office des procureurs généraux qui jouissent, dans ce but, d'un délai exceptionnel de deux mois ; 2° quand enfin la condamnation est devenue définitive, intervention de l'inspection psychiatrique des prisons pour placer le malade dans un asile ordinaire et non dans un asile spécial.

M. le Dr Granjux. — Il m'a semblé que l'on pourrait peut-être trouver des éléments d'appréciation importants pour l'étude de cette question si grave « les aliénés condamnés », d'une part, dans la connaissance exacte de ce que deviennent au point de vue de l'aliénation mentale les militaires condamnés, et, d'autre part, dans la comparaison de ce qui se passe au point de vue mental chez eux et chez leurs camarades n'ayant pas eu maille à partir avec la justice. Je vais avoir l'honneur de vous exposer les résultats auxquels je suis arrivé en suivant cette voie.

Comme les recherches statistiques ne valent que par la confiance qu'inspirent les travaux sur lesquels elles reposent, je dois déclarer, avant tout, que je me suis servi exclusivement d'un document dont l'impartialité s'impose, « la statistique médicale de l'armée », rédigée au Ministère de la Guerre d'après les rapports établis par le service de santé. Mes calculs, basés sur des données officielles, en tirent toute leur valeur. Comme vous le savez, sans doute, les résultats de l'action de la justice militaire peuvent se résumer ainsi :

a) Les militaires condamnés par les conseils de guerre subissent leurs peines soit dans des prisons, soit dans des pénitenciers, soit dans les ateliers de travaux publics.

b) Indépendamment des conseils de guerre, les hommes de troupe sont justiciables des conseils de discipline régimentaires, qui ont qualité pour prononcer l'envoi dans les compagnies de discipline — vulgairement appelées *biribi* — où sont envoyés directement les mutilés volontaires.

c) A leur sortie de prison les militaires sont dirigés sur les bataillons d'infanterie légère d'Afrique — appelés en argot militaire *bat d'af* ou *joyeux* — où sont reçus dès leur incorporation les jeunes soldats déjà frappés par la justice civile.

Or, grâce à la statistique médicale de l'armée il est facile de savoir combien chacun de ces groupes a subi de réformes du fait de l'aliénation mentale, par conséquent comment il se comporte vis-à-vis d'elle. On peut avoir aussi facilement les mêmes renseignements pour le reste de l'armée. Voici ces données :

1° *Prisons, pénitenciers et ateliers des travaux publics.* — Dans ce groupe on a réformé pour « aliénation mentale, paralysie géné-

rale, idiotie » : En 1893, 6 hommes sur un effectif de 4.935, soit 1,2 p. 100; en 1894, 6 sur 5.204, soit 0,9 p. 100 ; en 1895, 10 sur 5.024, soit 2 p. 100; en 1896, 6 sur 4.096, soit 1,5 p. 100. Ainsi donc dans les prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics on réforme annuellement pour aliénation 1 homme 1/2 sur 1.000.

2° *Compagnies de pionniers et de fusiliers de discipline.* — Pour les motifs ci-dessus indiqués, on a réformé dans ces corps d'épreuve : en 1893, personne sur un effectif de 771 ; en 1894, 2 sur 875, soit 2,3 p. 100 ; en 1895, 4 sur 902, soit 4,4 p. 100 ; en 1896, 5 sur 717, soit 6,9 p. 100. Conclusion : même en comptant l'année 1893 où aucun aliéné n'a été trouvé parmi les disciplinaires, on réforme actuellement, pour aliénation, 3,4 de ces hommes sur 1.000.

3° *Bataillons d'infanterie légère d'Afrique.* — On y a réformé toujours pour les mêmes affections : En 1893, 5 chasseurs sur un effectif de 4.864, soit 1 p. 100; en 1894, 3 sur 5.532, soit 0,5 p. 100; en 1895, 6 sur 6.494, soit 0,9 p. 100 ; en 1896, 6 sur 6.527, soit 0,9 p. 100. On réforme donc aux bataillons d'Afrique pour aliénation mentale en moyenne chaque année 0,8 d'homme pour 1.000.

4° *Armée, moins les prisonniers et les corps d'épreuve.* — Si de la statistique totale de l'armée on décompte tout ce qui est afférent aux trois groupes précédents, on voit que « l'aliénation mentale, la paralysie générale, l'idiotie » ont nécessité pour le reste des troupes : en 1893, 202 réformes sur un effectif de 459.284, soit 0,4 p. 100 ; en 1894, 217 sur 480,662 présents, soit 0,4 p. 100 ; en 1895, 265 sur 477.345 présents, soit 0.5 p. 100 ; en 1896, 215 sur un effectif de 497.505, soit 0,4 p. 100. On réforme donc pour aliénation dans l'armée, déduction faite des prisons et des corps d'épreuve, en moyenne 0.4 pour 1.000 présents.

Si l'on rapproche les résultats précédents, on voit que l'aliénation mentale nécessite chaque année : 1,5 réforme dans les prisons ; 3/4 réforme dans les compagnies de discipline ; 0,8 réforme dans les bataillons d'Afrique; 0.4 réforme dans le reste de l'armée.

Ces chiffres peuvent se traduire par les énoncés suivants : 1° Il y a, aux bataillons d'Afrique, deux fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée; 2° il y a dans les prisons, pénitenciers, ateliers de travaux publics, quatre fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée ; 3° il y a aux compagnies de discipline huit fois et demie plus d'aliénés que dans le reste de l'armée. Comment peut-on interpréter la prédominance de l'aliénation mentale dans les prisons et dans les corps d'épreuve ?

Quatre hypothèses seulement nous paraissent admissibles :

1° La première serait que les réformes auraient été prononcées à tort, et l'aliénation simulée. Il est hors de conteste que dans les prisons, pénitenciers, ateliers de travaux publics, bataillons d'Afrique, compagnies de discipline, la simulation est en honneur;

il y a là des méthodes habiles secrètement transmises, des procédés qui se modernisent, et avec lesquels le médecin doit compter. Mais en supposant que la bonne foi de l'expert soit surprise, ce ne peut être que de temps à autre; et les réformes ainsi escamotées ne sauraient être bien nombreuses, étant donné surtout la difficulté avec laquelle le commandement les accorde pour cette catégorie de militaires. C'est donc un facteur dont il faut tenir compte, mais qui n'est pas suffisant, à lui seul, pour fournir l'explication cherchée.

2° En second lieu, on pourrait se demander si ce n'est pas le régime des prisons et du corps d'épreuve qui fait éclore ces nombreux cas d'aliénation chez des gens *non prédisposés*. Nous ne connaissons aucun fait certain, aucun document probant qui puisse justifier cette hypothèse, dont la réalité serait si honteuse pour notre armée; nous le disons avec d'autant plus de conviction que, chargé à deux reprises différentes du service de santé dans des prisons militaires, nous n'avons jamais rien vu qui pût justifier une pareille accusation.

3° On peut rechercher si le régime des prisons et corps d'épreuve n'est pas de nature à faire éclore des troubles psychiques chez des *héréditaires prédisposés* qui, jusqu'alors, n'avaient donné lieu à aucune manifestation pathologique bien caractéristique. On sait, du reste, combien d'individus de cette catégorie sont embarrassants pour des aliénistes de carrière au point de vue du diagnostic.

4° Enfin, on peut se demander si des aliénés avérés ou débutants ne seraient pas méconnus lors de leur comparution en conseil de guerre ou de discipline, et envoyés par suite dans les établissements pénitentiaires ou corps d'épreuve.

Nous croyons, pour notre part, que c'est l'apport des individus de ces deux dernières catégories qui peut expliquer la prépondérance de l'aliénation mentale dans les prisons et corps d'épreuve, et voici sur quoi nous basons cette opinion :

En réalité, les manifestations du déséquilibre mental qui se produisent dans l'armée peuvent être divisées, quant aux suites qu'elles ont pour leurs auteurs, en deux catégories suivant qu'elles semblent ou non constituer des actes d'indiscipline.

Dans le premier cas : absence illégale, injures, refus d'obéissance, rébellion, voies de fait, etc., le commandement trouve dans l'indiscipline une cause si naturelle et expliquant si bien tous les événements, qu'il ne peut se demander s'il y a autre chose d'autant que la notion de cette autre chose lui est étrangère. Si ce soi-disant indiscipliné est, par hasard, un cérébral, son état sera méconnu, car les fugues et les impulsions des épileptiques, l'état second des hystériques, les actes extravagants des dégénérés, et, plus particulièrement, des fous moraux, les formes de débuts de

l'aliénation et surtout de la paralysie générale, l'alcoolisme dans ses manifestations si multiples, sont ignorés des chefs militaires, alors qu'ils sont loin d'être rares dans cette armée où trop de parents, qui la prennent pour une maison de correction, glissent des enfants réputés incorrigibles, et vous savez ce que cache souvent cette étiquette.

Si, au contraire, les actes de l'individu ont frappé par leur bizarrerie, s'ils n'ont pas de relations avec le service, ou si même s'étant produits dans le service, ils n'ont pas porté atteinte à la discipline, dans ce cas l'homme est envoyé à la visite du médecin du corps.

En résumé, les actes commis par des militaires entrant dans l'aliénation sont jugés en premier ressort exclusivement par les officiers. De ces faits les uns sont fatalement considérés comme des actes d'indiscipline, et, à l'heure actuelle, il ne saurait en être autrement; leurs auteurs ne sont point soumis à un examen médical et sont l'objet de punitions ou de condamnations. Personnellement, dans les nombreuses années que j'ai passées dans les corps de troupe, jamais je n'ai été appelé à me prononcer sur l'état mental d'individus traduits en conseil de guerre ou de discipline. Seuls des actes non taxés d'indiscipline, et de ceux-là seulement, le commandement se décharge sur les médecins.

Telle est la façon dont les choses se passent; elle explique, croyons-nous, comment les prédisposés et les aliénés peuvent aller dans les prisons et dans les corps d'épreuve.

A cette situation, si regrettable à tous égards, il serait, croyons-nous, facile de porter remède. L'afflux des aliénés dans les prisons et corps d'épreuve tient — nous venons de le démontrer — à l'absence d'un filtre capable d'arrêter les cérébraux au seuil des conseils de guerre ou de discipline. On mettrait donc fin à cet état anormal, en construisant le barrage en question. Eh bien, rien n'est plus simple. Il suffirait de prescrire que, dorénavant, aux nombreuses pièces exigées pour la comparution d'un homme au conseil de guerre ou de discipline, serait joint un rapport médico-légal dans lequel le médecin-major ne bornerait pas ses investigations au séjour de l'homme au corps, mais tenterait d'établir, par une enquête médicale, ses antécédents.

Nous ne prétendons pas que les médecins de régiment pourront trancher au pied levé toutes les questions de responsabilité; loin de là; il y aura toujours nombre de cas embarrassants, demandant une observation attentive, prolongée, et faite dans un milieu spécial; mais les signaler est déjà chose capitale. Le but à attendre de l'examen que nous réclamons est non pas de résoudre complètement et définitivement des questions d'essence si complexe, mais d'éclairer la religion des juges militaires, de faire faire les enquêtes et études nécessaires, enfin de ne pas laisser prendre des

malades pour des coupables. Tout ce que nous venons de dire peut, en définitive, se résumer dans les conclusions suivantes :

1° La statistique médicale de l'armée établit que le nombre des aliénés est, par rapport au reste de l'armée, double dans les bataillons d'Afrique, quadruple dans les établissements pénitentiaires, et huit fois et demi plus considérable dans les compagnies de discipline ;

2° La raison en est que nombre de prédisposés, d'aliénés confirmés ou au début sont fatalement méconnus lors de leur comparution aux conseils de guerre ou de discipline;

3° On empêcherait, sinon totalement, du moins en grande partie, de pareilles erreurs, en prescrivant que tout homme en prévention de conseil de guerre ou de discipline serait soumis à un examen médico-légal de la part du médecin du corps;.

4° Il est désirable que cette mesure, si facilement réalisable, devienne rapidement obligatoire.

M. Giraud appelle l'attention sur les cas déjà cités par M. Taty, où l'aliéné a été méconnu parce que les experts ont méconnu les troubles mentaux. Il en rapporte un cas au nom de M. Samuel Garnier. Il en a lui-même observé plusieurs cas. Il a, entre autres, eu l'occasion de faire une expertise sur un jeune homme arrêté au Havre pour toute une série de vols. Il présentait les caractères les plus nets de folie morale avec antécédents personnels et héréditaires. Dans son enfance, il avait fait sans motif plausible un grand nombre de fugues à la suite desquelles il ignorait souvent comment il avait employé son temps. Eh bien ! ce jeune homme avait déjà subi plusieurs condamnations antérieures et avait été déclaré responsable sur un rapport de M. Paul Garnier. Tout le monde connait la haute compétence de M. Paul Garnier, ce qui prouve simplement que, dans une simple expertise, aucun aliéniste n'est à l'abri d'une erreur, surtout pour ces cas spéciaux de folie morale.

Il faut dire, toutefois, que ces erreurs sont fort rares, et M. Giraud, parmi toutes les admissions qui ont passé entre ses mains, n'a encore jamais vu d'aliénés transférés de la prison et ayant été l'objet d'un rapport médical antérieur. Quant aux aliénés directement méconnus par les tribunaux, c'est surtout aux tribunaux correctionnels qu'ils sont imputables. Il serait bon que l'éducation des magistrats fût un peu plus faite à ce point de vue.

Enfin il y a lieu aussi d'appeler l'attention sur les enfants aliénés ou dégénérés envoyés dans les maisons de correction. Il y en a un certain nombre de méconnus. A la rigueur on peut dire que les maisons de correction ne sont pas une peine disciplinaire, mais néanmoins la contagion peut avoir un effet déplorable sur les enfants et il est absolument fâcheux de voir qu'on y envoie encore souvent des malades, comme des épileptiques par exemple. M. Gi-

raud a déjà observé pour son compte 7 jeunes filles envoyées de la maison de correction à l'asile Saint-Yon [1].

M. Vallon rapporte deux observations d'aliénées méconnues appartenant à la catégorie des imbéciles avec tendance au vagabondage. Elles ont été condamnées, l'une 12 fois, l'autre 27 fois, et comme elles sont atteintes d'imbécillité et non de simple débilité, la condamnation aurait pu être facilement évitée par une expertise. Il ne faut pas espérer faire de tous les médecins des aliénistes, mais il serait à désirer que tous aient des notions suffisantes de médecine mentale pour pouvoir constater l'anormalité psychique des prévenus et attirer sur elle l'attention des spécialistes.

Dans la Seine les expertises sont devenues extrêmement fréquentes. Les magistrats appellent plus facilement à leur aide le médecin aliéniste que les magistrats de province. Au petit Parquet, on a fait faire 52 expertises pour des motifs d'apparence futile qui n'auraient pas attiré l'attention en province; 11 seulement de ces expertises étaient motivées et furent suivies d'ordonnance de non-lieu. Donc il n'y aurait pas à modifier la loi; il suffirait que les chefs de Parquet recommandassent à leurs subordonnés d'ordonner un plus grand nombre d'expertises.

M. Rey. — S'il y avait des asiles spéciaux pour ces sortes de malades, les tribunaux et le jury enverraient peut-être plus facilement à l'asile des malades dont ils craignent l'évasion dans les asiles ordinaires.

M. Mabille. — Il m'est donné souvent d'observer une catégorie de malades militaires la plupart venant des compagnies de discipline du château d'Oléron. Et je dois reconnaître que le diagnostic de leur affection est souvent difficile, car il peut arriver que cette affection soit simulée, ainsi d'ailleurs qu'il m'a été donné de l'observer. Un certain nombre de ces aliénés qui me sont adressés me semble toutefois appartenir à la catégorie des dégénérés, sans qu'il soit bien facile de démontrer qu'ils étaient atteints de troubles mentaux antérieurement à leur condamnation. A mon sens, les condamnations de déments ou d'idiots signalés dans le rapport devraient être évitées facilement.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de formes mal définies et comme M. Giraud, je crois que les erreurs dans ces cas sont souvent difficiles à éviter, cela d'autant mieux que les médecins les plus habitués aux choses de la médecine mentale éprouvent eux-mêmes quelque hésitation lorsqu'il s'agit de bien trancher la question de responsabilité.

Je crois devoir néanmoins insister sur la fréquence des condamnations dont sont frappés quelques aliénés atteints de cette forme

[1] Nous avons eu, à Bicêtre, un certain nombre de cas analogues. (B.)

de délire de persécution que M. Régis a appelée « délire de dépossession ». La plupart de mes « aliénés méconnus » appartiennent à cette catégorie et j'ajouterai que dans un de ces cas l'aliénation a été soupçonnée par les magistrats, et que ce n'est qu'après de nombreuses expertises médicales, qui n'avaient fourni qu'un résultat négatif, qu'il m'a été possible de démontrer par une observation prolongée à l'asile de Lafond, l'aliénation de l'inculpé « dépossédé » dangereux.

A côté des aliénés méconnus qui sont condamnés il y a les aliénés qui font condamner. J'en ai cité plusieurs exemples au Congrès de La Rochelle. La connaissance des faits de ce genre démontre amplement l'utilité d'un enseignement plus approfondi des choses de l'aliénation mentale.

M. Drouineau. — Il est évidemment utile que les magistrats aient une connaissance un peu plus grande des aliénés, mais l'instruction qu'ils pourront recevoir à ce sujet restera toujours toute personnelle et on ne voit guère de moyen de la généraliser. Ce qui importe surtout, c'est de vulgariser l'étude de l'aliénation mentale dans les Écoles de Médecine; en outre, l'expertise devrait être absolument réservée à des médecins spéciaux, alors même que le médecin ordinaire aurait fait un stage plus ou moins long dans un asile au cours de ses études médicales.

Dans le projet de loi Dubief, peut-être la spécialisation de l'expertise sera-t-elle demandée. Il apparait d'ailleurs de plus en plus nécessaire de créer des asiles de sûreté, la seule difficulté à laquelle on puisse se buter, c'est que ces asiles devront être des asiles d'Etat, et le Parlement peut refuser les crédits d'une dépense assez considérable.

M. Régis a fait, comme M. Granjux, une statistisque des aliénés méconnus par les tribunaux militaires. La statistique de M. Granjux n'est peut-être pas tout à fait complète. Elle ne comprend pas les épileptiques. Beaucoup d'aliénés méconnus n'ont pas été réformés, et d'autres, examinés et déclarés responsables par des médecins militaires, ont été plus tard reconnus aliénés. Certains enfin, quoique aliénés, ont été portés comme réformés pour une autre cause.

M. Régis demande qu'il y ait un examen préalable avant l'incorporation. La connaissance de l'aliénation mentale par les médecins militaires devrait être plus développée. Enfin, il devrait y avoir, dans l'expertise, adjonction d'experts civils spécialistes. M. Régis propose au congrès de voter le vœu suivant : « 1° Que l'expertise médicale au point de vue mental soit organisée devant les tribunaux militaires de terre et de mer, comme elle l'est devant les tribunaux civils; 2° qu'en particulier l'examen mental de tout militaire, en prévention du conseil de discipline ou de conseil de guerre, soit

pratiqué par les médecins du corps avec adjonction possible, sur leur demande, d'experts civils pris sur la liste dressée chaque année par les tribunaux du ressort. »

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

M. Rey profite de la discussion en cours, pour rappeler les tentatives qu'il a faites, en qualité et de médecin et de conseiller général de Vaucluse pour l'hospitalisation, le traitement et l'éducation des enfants idiots et arriérés et demande au Congrès de l'aider dans sa tâche en adoptant le vœu suivant : « Qu'il soit donné suite au projet de créer des établissements pour enfants arriérés dans la région du Sud-Est. »

M. le Président estime que cette question ne se rattache pas à la question en discussion et qu'elle devrait être ajournée quand celle-ci sera terminée.

M. Bourneville appuie énergiquement la proposition de M. Rey. M. le Président estimant que cette proposition ne vient pas, peut-être, d'une façon opportune, M. B... ne rappellera pas, comme il en avait l'intention, tous les arguments, et ils sont nombreux, qui plaident en faveur de l'hospitalisation, du traitement et de l'éducation des enfants idiots, imbéciles, arriérés ou atteints d'imbécillité morale, d'instabilité mentale, etc.

Il se bornera à prendre, dans la discussion qui vient d'avoir lieu, des arguments péremptoires en faveur du vœu de M. Rey et qui montreront que ce vœu n'est pas un hors-d'œuvre.

Parmi les *conscrits* qu'on envoie aux compagnies de discipline parce que, auparavant, c'est-à-dire dans l'adolescence, ils ont eu des condamnations, beaucoup, s'ils avaient été examinés avec soin, auraient dû être traités comme malades.

Quant aux *enfants aliénés ou dégénérés*, dont a parlé M. Giraud, leur place n'est nullement dans les maisons de correction où ils ne sont pas l'objet d'une éducation et d'un traitement médical appropriés à leur situation physique et mentale et où leur état s'aggrave au lieu de s'améliorer. Leur place est dans les asiles-écoles.

Les mêmes remarques s'appliquent aux *disciplinaires*, dont a parlé M. Mabille. Lors du Congrès de la Rochelle, nous avons eu l'occasion de voir avec nos collègues les malheureux, internés dans le pénitencier de l'île de Ré, rangés dans une cour, et tous nous avons pu constater que la très grande majorité d'entre eux présentaient des signes très accusés de dégénérescence qui les rendaient comparables avec beaucoup de nos malades aliénés, hospitalisés dans les asiles. Si nous avions pu comparer leurs *antécédents héréditaires* et *personnels* avec ceux des aliénés, il est probable que nous serions arrivés à cette conclusion qu'un grand nombre d'entre eux sont, comme les aliénés, des *malades*.

Si, dès la constatation des actes anormaux, on avait procédé à

une expertise médico-légale, on aurait constaté que ces adolescents n'étaient pas responsables au sens légal du mot, car il n'y a pas de responsabilité absolue pas plus que de libre arbitre absolu. Les enfants arriérés sont justiciables d'établissements spéciaux et non des maisons de correction. Cette conclusion s'impose. Il appartient au gouvernement, aux administrations départementales et municipales de créer les asiles-écoles où ces enfants doivent être traités et éduqués et d'où la plupart sortiront améliorés ou même guéris. En réalisant cette réforme, on économisera les frais d'entretien dans les maisons de correction, dans les dépôts de mendicité, dans les prisons civiles et militaires.

Le vœu de M. Ph. Rey est ensuite adopté.

Syndrome urinaire neurasthénique.

M. Sépet. — Chez trois neurasthéniques graves nous avons pu retrouver un ensemble de symptômes qui justifient le titre de notre publication et ce qui nous a paru intéressant, c'est que les symptômes urinaires s'atténuent et reparaissent selon que l'on note des améliorations ou des rechutes dans la maladie. Les tableaux que nous joignons à ce travail le montrent d'une façon très nette. Chez nos trois malades il existait de la polyurie, avec augmentation de la densité, élimination considérable d'urée et surtout d'acide phosphorique. La polyurie est constante, il ne s'agit pas ici d'une de ces polyuries intenses que l'on observe chez les hystériques ou chez certains dégénérés ; la quantité d'urine émise dépasse rarement 2 litres, mais se maintient d'une façon constante au-dessus de la quantité normale oscillant entre 1.750 cc. et 2.000 cc. ; pendant les périodes d'amélioration le chiffre descend à 1.500 cc. et au-dessous, pour s'élever de nouveau à la moindre rechute. En somme chez nos 3 neurasthéniques nous retrouvons : polyurie légère, augmentation de la densité de l'urine, élimination considérable d'urée et surtout phosphaturie.

Myélite transverse avec paraplégie flasque.

MM. Noguès et Sirol (de Toulouse). — Observation d'une femme de 58 ans, qui, sans antécédents héréditaires et personnels d'aucune sorte, est atteinte après un refroidissement d'abord de fourmillements et de douleurs vagues dans le membre inférieur gauche, puis de paralysie avec atrophie en masse et hypoesthésie à tous les modes; trois mois plus tard le membre inférieur droit se paralyse à son tour et s'atrophie, mais plus rapidement (15 jours environ). A ce moment la paraplégie flaccide est complète, l'abolition des réflexes est absolue, l'atrophie musculaire considérable. L'examen électrique fait constater de la dimi-

nution de l'excitabilité, mais il n'existe pas de RD. Paralysie des réservoirs. Pas de troubles trophiques. Pas de déformation rachidienne.

A propos de cette observation les auteurs passent en revue les diverses affections pouvant présenter le tableau symptomatique constaté : paralysie hystérique, toxique ou infectieuse, polynévrite à forme de polyomyélite, polyomyélite antérieure subaiguë, et, par élimination, ils concluent qu'il ne peut s'agir que de myélite transverse dorso-lombaire dont la lésion doit être située au niveau ou au-dessous du centre des réflexes et qui, très probablement, a pour substratum anatomique une altération de la substance grise, des racines et des nerfs. Ces lésions expliqueraient, d'après M. Brissaud, sans être obligé d'invoquer une localisation médullaire précise, la paraplégie flasque d'emblée, alors que le plus souvent celle-ci, dans la myélite transverse, est d'abord spasmodique.

Vendredi (soir). — PRÉSIDENCE DE M. DOUTREBENTE.

A l'ouverture de la séance, M. TATY, répond aux observations faites le matin par MM. Drouineau, Régis et Vallon. M. le Président félicite M. Taty au nom du Congrès.

M. MABILLE émet le vœu suivant : « Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, réuni à Marseille, émet le vœu que les expertises médico-légales ayant trait à l'examen mental des inculpés soient toujours confiées à des médecins aliénistes. Il adhère en outre aux dispositions légales présentées par M. Dubief à la Chambre des députés et qui ont trait au placement obligatoire dans des asiles qui pourront être spéciaux, des inculpés non poursuivis ou acquittés par les tribunaux ou le jury, en raison de leur irresponsabilité. » Le Congrès adopte.

PRÉSIDENCE DE M. MABILLE.

Étude photographique sur les effluves humaines.

MM. ICARD et SÉPET. — Dans une communication faite à la Société de physiologie, M. Baraduc annonça qu'il avait pu fixer sur des plaques sensibles des radiations lumineuses produites par un fluide qui s'échapperait de l'organisme vivant au niveau des extrémités nerveuses, nerfs périphériques et organes des sens. Nous avons pu constater la réalité des faits énoncés par ce savant physiologiste, mais des expériences complémentaires nous permettent d'interpréter ces phénomènes d'une façon tout à fait différente. Voici en effet les expériences que nous avons entre-

prises : 1° Lorsque dans l'obscurité la plus complète, l'on tient la main pendant une durée de 15 minutes au-dessus d'une plaque sensible (plaque Lumière) immergée, gélatine en dessous, dans une cuvette remplie d'une solution à l'hydroquinone, l'on obtient une épreuve photographique consistant en cinq ombres à contours non définis, ombres rappelant grossièrement la forme des doigts. Pour M. Baraduc cette image résulte de l'action du fluide vital sur le sel d'argent de la plaque impressionnable. 2° Nous avons répété la même expérience avec la main d'un cadavre. Le dispositif employé et le temps de pose ont été exactement les mêmes. Au développement l'image obtenue a été exactement semblable à celle que nous avait fournie la main d'une personne vivante. Il nous paraît donc difficile de voir dans ce phénomène dont nous constatons l'existence la preuve d'un fluide vital qui se manifesterait aussi par un phénomène physico-chimique indiscutable.

Spiritisme et folie.

MM. Marie et Vigouroux. — A toutes les époques les délirants ont emprunté les éléments surajoutés de leur délire aux préjugés régnants et aux préoccupations du moment. Le spiritisme devait fournir à la folie son contingent de systèmes délirants explicatfis de troubles hallucinatoires. De plus, la médiumité spirite, qui n'est qu'un entraînement à l'automatisme inconscient, amène certains prédisposés à une dissociation telle que les déclanchements automatiques deviennent spontanés, puis l'état de conscience venant à disparaître complètement, le malade entre de plain-pied dans le délire. Nous avons observé des malades répondant à ces différents stades.

Paralysie pseudo-bulbaire.

MM. Marie et Vigouroux. — Les auteurs rapportent trois observations de malades présentant des paralysies d'origine d'apparence bulbaire.

La première concerne une femme de cinquante-sept ans ayant eu deux attaques nerveuses présentant le tableau clinique complet de la paralysie pseudo-bulbaire de Brissaud, avec paralysie de la langue, parésie du voile du palais, troubles de la respiration, rires et pleurs spasmodiques, etc.

La deuxième se rapporte à une femme de cinquante-quatre ans, qui, depuis sept ans, à la suite d'une paralysie des quatre membres, présente une abolition totale des mouvements phonétiques de la langue et divers troubles trophiques.

La troisième présente une ophtalmoplégie externe et une parésie faciale du côté droit, et des certificats antérieurs apprennent qu'elle a été aphasique. De plus, elle a de la polyurie.

Elle présente, en outre, des obsessions et des phobies très curieuses.

Note sur les aliénés en Russie et en Allemagne; par A. Marie.

Note sur la colonisation familiale.

MM. Marie et Vigouroux. — La colonie de Dun, créée en 1892, compte aujourd'hui 500 malades ; la colonie de Bussy-Wyzerolles, créée en 1894, compte 50 placements. Enfin, la colonie d'Anay-le-Château, en formation en ce moment, compte 30 malades et peut facilement en contenir 200. Trois points intéressants ont fait l'objet de vœux spéciaux au rapport du Conseil général de la Seine : 1° Extension de l'assistance familiale aux déments hommes ; 2° Extension de l'assistance aux convalescents à titre de patronage transitoire ; 2° Fondation d'une colonie agricole pour les aliénés chroniques, imbéciles et épileptiques.

M. Doutrebente demande à MM. Marie et Vigouroux de le rassurer sur l'existence possible de dangers créés par le placement familial. M. Vigouroux répond que les malades envoyés à Dun-sur-Auron ont déjà séjournés dans les asiles et qu'ils ont été choisis par les médecins; les malades agités sont renvoyés à Bourges. Personne ne demande l'application des asiles à portes ouvertes pour tous les malades.

Alitement (traitement par le repos au lit) dans les formes aiguës et sub-aiguës de l'alcoolisme.

M. Magnan. — Le *délire alcoolique* est la forme mentale à laquelle convient le mieux le traitement par le repos au lit.

Permettez-moi de rappeler, d'abord, l'alcoolisme expérimental qui fournira des indications utiles à ce mode de traitement basé sur une surveillance continue, persistante, permettant de réaliser promptement la nuit, les conditions favorables dans lesquelles se trouve le sujet pendant le jour. Si l'on soumet un chien à l'action de l'alcool, il présente, pendant dix à douze jours, les mêmes phénomènes d'ivresse sur lesquels je n'ai pas à insister [1].

Mais si l'on continue à administrer quotidiennement le poison, d'autres symptômes apparaissent dénotant des transformations plus profondes du sujet. Dès le quinzième jour de l'intoxication, il survient une susceptibilité nerveuse, une impressionnabilité remarquables. L'animal est inquiet, triste ; il écoute, se tient aux aguets ; le moindre bruit le fait tressaillir, si la porte s'ouvre, pris

[1] Magnan. *De l'alcoolisme, des divers formes du délire alcoolique et de leur traitement.* Paris, 1874, p. 9 et suivantes.

d'une vive frayeur, criant et laissant sur son passage une traînée d'urine, il court se blottir vers le coin le plus obscur de la salle; il ne répond plus aux caresses, s'éloigne, se cache, cherche à mordre dès qu'on veut le saisir et pousse des cris aigus à la moindre menace.

Cette disposition craintive augmente chaque jour, et dès la fin du premier mois, des illusions et des hallucinations venant s'y ajouter, elle se transforme en véritable délire. Au milieu de la nuit tout étant calme, il se met à aboyer avec force, élevant et multipliant les cris comme à l'approche d'un agresseur; d'autres fois, il pousse des gémissements plaintifs, la voix, l'appel sont insuffisants pour le rassurer, il faut intervenir avec la lumière; la clarté l'apaise et le tranquillise.

De même que l'animal, l'homme, au bout de peu de temps, change de caractère, se montre irritable, inquiet, impressionnable; il n'a plus de sommeil; il devient le jouet d'illusions et d'hallucinations, et lorsque, après des excès répétés, il dépasse la limite de saturation, ou qu'il est soumis à quelque autre cause d'excitation, il est pris d'un accès de délire alcoolique.

Les phénomènes intellectuels consistent surtout en troubles hallucinatoires, de nature pénible, s'étendant à tous les sens, rappelant les préoccupations dominantes du moment, les occupations journalières avec surtout leurs accidents et leurs désagréments.

Ces hallucinations, suivant la disposition du sujet, suivant aussi leur degré d'intensité, donnent lieu à des réactions différentes, capables de changer complètement la physionomie du malade : tout d'abord, il entend des injures, des provocations; puis il voit des voleurs, des gens armés, des animaux; ou bien il entend la voix de ses parents, de ses amis qui l'appellent, qui l'avertissent d'un danger, qui invoquent son secours; il voit sa femme entourée de misérables qui lui font subir le dernier outrage. Aiguillonné par ces excitations, le malade répond, injurie, se querelle, court, s'élance, devient furieux, tout autant d'actes qui provoquent chez lui une manifestation bruyante, un état maniaque. C'est la forme qui prédomine habituellement dans les accès de *delirium tremens*, où les troubles hallucinatoires, d'une vivacité extrême, s'associent au tremblement de tout le corps, à la trémulation générale de tout le système musculaire.

Dans d'autres circonstances, l'alcoolique se voit en prison, devant un tribunal, il est accusé de différents crimes, il s'imagine les avoir commis, être menacé de subir d'affreuses mutilations ; il assiste à l'enterrement de ses parents. Sous le coup de ces tristes impressions, il est sombre, inquiet, défiant; il se plaint, il est effrayé, il cherche à fuir, quelquefois même il conçoit des idées d'homicide ou de suicide ; il se présente en un mot sous l'aspect d'un mélancolique. Enfin, à un degré plus élevé, il se voit chargé

de chaînes, au pied de l'échafaud, il a devant lui les cadavres ensanglantés de ses enfants ; tout est en feu ; il va être englouti, etc. Ces images l'ont atteré, épouvanté, terrorisé, il reste immobile dans un état complet de stupeur. De ces trois formes stupide, mélancolique, maniaque, cette dernière est de beaucoup la plus fréquente.

C'est ordinairement la nuit que se montrent tout d'abord ces accidents et s'il est difficile de préciser leur mode d'évolution à cause du souvenir un peu confus qu'en gardent les malades, on peut du moins indiquer avec certitude leur mode de disparition. Les hallucinations, d'abord persistantes le jour et la nuit, commencent à disparaître le jour, pour continuer à se produire la nuit avec la même intensité ; devenant moins nettes, elles se montrent plus tard à ce moment intermédiaire à la veille et au sommeil, depuis longtemps signalé par Baillarger comme favorable à l'éclosion des troubles hallucinatoires. On ne trouve ensuite que des cauchemars qui persistent quelques instants quand l'individu se réveille, puis de simples rêves et le malade finit par apprécier avec une certaine exactitude ces fausses perceptions sensorielles qui ne tardent pas à disparaître complètement.

Quoi qu'il en soit, l'alcoolisé habituellement très halluciné et agité à son arrivée, était autrefois isolé la nuit dans une cellule ; là, constamment sous le coup de visions effrayantes, de menaces terrifiantes, il ne dormait pas, se tenait debout, poussait ou frappait les parois capitonnées de la cellule, s'agitait, criait, appelait au secours, interpellait des ennemis, s'épuisant en efforts stériles, s'arc-boutant contre un mur qui va tomber, contre une porte que poussent des assassins imaginaires, et quand les veilleurs ou le médecin intervenaient, on le trouvait haletant, couvert de sueurs, dans un état d'affolement extrême, et pour lui procurer quelques heures de repos, il fallait employer de très hautes doses de chloral.

Actuellement, les choses ont complètement changé. La présence continue des infirmiers de nuit les rassure, attire leur attention, les rappelle par instants à la réalité ; mais si néanmoins les hallucinations persistent, se montrent actives, pressantes, on ouvre les becs de gaz et on éclaire largement la salle. La vive clarté, les paroles bienveillantes des veilleurs ne tardent pas à les rassurer. Leurs yeux perçoivent nettement tous les objets qui les environnent, il n'y a plus d'ombres, plus de demi-lumières, plus d'images douteuses, il voit en plein éclairage les infirmiers qui lui parlent et le sujet, comme en plein jour, se calme, rassuré par la substitution aux hallucinations des excitations physiologiques normales des sens : objets bien éclairés, paroles distinctes, interpellations pressantes et intervention de l'entourage, etc. Dans ces conditions, il ne tarde pas à s'endormir et dès qu'il se réveille, le veilleur le tran-

quillise et habituellement il se calme de nouveau, se voyant dans une salle d'hôpital et se sentant surveillé et protégé.

Le séjour des alcoolisés dans les salles d'alitement, atteint parfois mais dépasse rarement une semaine ; les hallucinations ne tardent pas à disparaître même la nuit et le malade peut alors être installé dans la section des tranquilles

Sur 1.024 femmes traitées par l'alitement dans mon service de l'admission du mois d'avril 1897 au 30 novembre 1898, les alcooliques délirantes ont été au nombre de 105. Chez les hommes du mois d'octobre 1897 jusqu'au 30 novembre 1898, sur 1.062 malades soumis à l'alitement, 392 étaient atteints de délire alcoolique. Pour tous ces alcoolisés j'ai eu rarement recours au chloral et je n'ai jamais dû intervenir avec le chlorhydrate d'hyoscine.

Je dois faire observer qu'alitement ne veut pas dire immobilité et fixité au lit, le maniaque lui-même, au bout de peu de temps, reste le plus souvent assis ou étendu dans son lit, mais les premiers jours, il s'agite, remue, s'agenouille, se dresse, saute et danse, jette oreiller, couverture et traversin ; ces mouvements désordonnés sont d'habitude de courte durée et le malade finit par se glisser dans les draps et se repose quelques instants pour recommencer encore. Une grande difficulté au début est d'habituer le personnel à rester spectateur attentif mais presque toujours passif et à n'intervenir que dans les cas, d'ailleurs peu fréquents, où le malade sort du lit et est porté à frapper ses voisins et à briser les objets qui l'environnent, ou bien encore quand certains mélancoliques excités sont anxieusement poussés au suicide. Ces moments sont d'habitude de courte durée et quand, exceptionnellement, ils se prolongent, c'est le surveillant ou la surveillante qui interviennent en attendant le médecin. Si dans ces cas tout à fait rares, l'isolement momentané dans une chambre, ou bien le bain ou le drap mouillé ne suffisent pas, une injection d'hyoscine ramène le calme. Le chlorhydrate d'hyoscine est un excellent médicament dont nous avons largement usé depuis 1888, mais avec le traitement par le repos au lit, nous en avons réduit intentionnellement l'emploi, pour faire tomber la légende de la *camisole chimique* des adversaires de l'alitement.

Si comme nous venons de le voir, l'alitement est utile dans l'alcoolisme, ses avantages n'en sont pas moindres dans toutes les formes aiguës ou sub-aiguës de la folie et nous pensons en terminant les résumer de la façon suivante : surveillance plus attentive ; soins plus continus ; examen médical plus facile et plus complet ; diminution et bientôt disparition de la phase sub-aiguë de la manie et de la perplexité angoissante et douloureuse de la mélancolie ; sommeil et repos meilleurs ; réparation plus rapide des pertes subies par l'organisme soit par la dépense motrice du

maniaque, soit par la dénutrition du mélancolique; gâtisme très réduit et plus de barbouillage; destruction presque nulle d'objets mobiliers et de la literie; intervention moins dangereuse pour le personnel dans les cas de plus en plus rares, d'ailleurs, de violences ou d'agression des malades; transformation heureuse de l'asile par la substitution de la salle d'hôpital au quartier cellulaire.

D'autre part, on a reproché à l'alitement de provoquer la constipation, l'anémie, des habitudes d'onanisme, de pousser à l'abus des médicaments hypnotiques.

Tous ces inconvénients ont été fort exagérés. Il est facile, en effet, de surveiller le régime, de régulariser les digestions quand elles sont troublées; du reste, tous les matins, le cahier de rapport avec les divers renseignements des veilleurs sur l'état du malade la nuit, le sommeil, la température, signale s'il y a eu ou non des garde-robes, leur nombre, leurs caractères.

Quant à l'anémie, à l'amaigrissement, sauf quelques cas exceptionnels dus à des causes spéciales (tuberculose par exemple), c'est l'inverse que l'on observe, les malades pesés tous les huit jours augmentent généralement de poids. Quand les mélancoliques hypochondriaques ou persécutés refusent les aliments ou en prennent des quantités insuffisantes, on recourt à l'alimentation artificielle; d'autre part, les salles sont largement aérées et chaque jour, presque tous les malades passent suivant leur état, de 1 à 4 heures en plein air dans les jardins.

Dans les cas très rares où des pratiques d'onanisme semblent vouloir devenir habituelles, les malades sont levés, mais passent leur journée soit dans les salles d'alitement, soit dans les jardins pendant les heures consacrées à la promenade des alités où la surveillance est continue. — Pour résumer nous dirons:

1° Le délire alcoolique, fait presque entièrement d'illusions, d'hallucinations, de troubles de la sensibilité générale, s'exagère dès que le sujet, isolé dans l'obscurité, ne perçoit plus de sensations extérieures;

2° Les perceptions illusoires de l'alcoolique s'amendent par l'apparition dans les centres sensoriels d'images extérieures nettement dessinées; celles-ci en rapport avec la réalité des faits plus fixes, plus vivaces, se substituent aux images maladives toujours mobiles et ne tardent pas à changer le cours des idées délirantes;

3° L'alitement en permettant de placer le sujet dès que son délire se réveille dans la réalité des faits devient dans l'alcoolisme aigu et sub-aigu, le plus puissant agent thérapeutique et permet en général de laisser de côté tous les hypnotiques de la matière médicale.

Myélite syphilitique diffuse; par Laffargue.

Un cas de névralgie ovarienne guérie par la suggestion; par Pujol.

Circulation chez les sujets hypnotisés ; application de la méthode graphique.

M. Bérillon. — Le dicrotisme apparaît sous l'influence de l'état hypnotique : si le pouls est fréquent, il baisse en fréquence. A l'état de veille, par exemple, si l'on voit le pouls à 140, une fois le sommeil provoqué, il tombe successivement de 140 à 120, 106, 96 ; au réveil il remonte à 140.

Délire systématisé des grandeurs dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

M. Dufour. — Parmi les formes de délire post-typhique, on note surtout la monomanie ambitieuse. Marcé et Morel la regardent presque comme caractéristique de ce délire. Hanot et Bucquoy l'ont aussi signalée comme très fréquente. Le Dr Pagliano en a observé huit cas sur quarante observations. On a appelé l'attention sur le peu de consistance de cette monomanie ambitieuse, sur sa mobilité et sa transformation en délire lypémaniaque. D'après Régis, notamment, les conceptions délirantes mégalomaniaques ont chez ces malades un cachet spécial de niaiserie, d'absurdité : on croirait entendre radoter de jeunes vieillards et il n'y a pas chez eux de systématisation. L'observation que je cite ne vient pas corroborer cette opinion : l'idée délirante y est nettement systématisée et le malade raisonne parfaitement son délire. Trois particularités à retenir : En premier lieu, pas d'antécédent vésanique ou névropathique. En second lieu, l'idée délirante s'est manifestée au moment même où la température est revenue à la normale et où tous les phénomènes généraux se sont amendés. Le fait le plus saillant, c'est la systématisation de l'idée délirante chez le malade : l'idée d'un héritage qu'il vient de faire est chez lui bien ancrée et il en tire des conséquences logiques. On est donc loin de la superficialité du délire post-typhique signalée par Hanot et Bucquoy. Il est fort possible que, dans la majorité des cas, les idées délirantes de la convalescence de la fièvre typhoïde soient superficielles et changeantes; mais il faut reconnaître aussi qu'elles peuvent être nettement systématisées et c'est sur ce point que l'observation présente un réel intérêt.

Chute émotionnelle et généralisée du système pileux. — Claudication hystérique; par Bidon.

Délires systématisés secondaires à un état neurasthénique ;
par LALANNE.

Méningite tuberculeuse de l'adulte à forme choréo-athétosique.

M. BOINET. — Marie M..., âgée de dix-huit ans, indemne de syphilis, légèrement alcoolique, entre le 20 juillet 1898 à l'Hôtel-Dieu pour une tuberculose pulmonaire aiguë, offrant le type de la granulie à type clinique d'embarras gastrique fébrile. Le 18 *août*, céphalalgie violente, continue, avec vomissements et constipation. Cette poussée méningitique s'accompagne de mouvements jacksonniens convulsifs localisés aux membres supérieur et inférieur droits. Le 24, ces mouvements sont lents, désordonnés, arythmiques, *choréiformes* et limités au membre supérieur droit. Les doigts de la main droite sont animés de mouvements *athétosiques* étendus, analogues à ceux des danseuses javanaises ; ils passent lentement de la flexion à l'extension forcée avec reptation étendue ; à son tour, la main se fléchit sur l'avant-bras qui exécute à son tour des mouvements successifs de pronation, de supination, de flexion sur le bras. Le deltoïde droit a des contractions spontanées, brusques, en masse ; la moitié droite de la face est grimaçante : la commissure labiale droite fortement tirée en haut et en dehors, laisse rythmiquement et par intermittence, les dents à découvert et donne à cette moitié de la face l'expression des masques antiques ; l'aile du nez est soulevée en même temps. Mâchonnement incessant, grande difficulté pour parler, bredouillement, acuité auditive et visuelle diminuée du côté droit. Douleurs de tête toujours très intenses, elles occupent surtout la région frontale, s'irradient parfois vers l'occiput. Les mouvements du membre inférieur droit sont moins étendus, moins fréquents, plus lents ; les orteils esquissent des mouvements athétosiques ; ce sont leurs mouvements d'extension qui sont surtout accentués. Les diverses sensibilités sont exagérées à droite, la raie méningitique y est plus accusée. Il existe aussi quelques troubles vaso-moteurs.

Le 2 *septembre*. — Les mouvements choréiformes, jacksonniens, du membre supérieur et de la moitié droite de la face persistent ; les mouvements athétosiques de la main droite ont cessé ; la jambe droite est le siège de quelques mouvements spontanés choréiformes ; le pied droit exécute des mouvements incessants de flexion, d'extension avec écartement considérable du gros orteil. Le tremblement épileptoïde fait défaut et le réflexe rotulien droit est aboli. Les masses musculaires sont douloureuses à la pression. La température vespérale oscille entre 39°,5 et 40°, tandis que, le matin, le thermomètre descend à 38°. Le 3, les mouvements athétosiques de la main droite reparaissent avec une nouvelle intensité. Le poignet droit exécute des mouvements successifs de

flexion et d'extension en même temps que l'avant-bras se fléchit sur le bras en passant de la pronation la plus complète à la supination exagérée ; enfin le membre supérieur présente, dans son ensemble, des mouvements de reptation, de torsion, augmentés encore par l'élévation brusque et en masse de l'épaule. Afin d'éviter ces contorsions si fatigantes et involontaires, qui se renouvellent plusieurs fois par minute, la malade immobilise son membre supérieur droit en se couchant dessus. La commissure labiale droite est incessamment attirée en arrière. La jambe droite fléchie sur la cuisse contracturée est le siège de contractions rythmiques limitées et d'une hyperesthésie cutanée et musculaire considérable. Réflexes rotuliens abolis, pupilles dilatées. Le 5, la tête exécute des mouvements d'oscillation, d'inclinaison, de rotation vers la droite; les globes oculaires se dirigent rythmiquement dans la même direction trois ou quatre fois par minute. Les paupières ont des oscillations convulsives, parallèles. Le 6, les mouvements choréiformes sont tels que la malade tombe de son lit. Trismus, mâchonnement, raideur de la nuque. Le 8, mouvements athétosiques de la main gauche exagération de l'hyperesthésie cutanée et musculaire. Le 10, disparition des mouvements athétosiques, on constate les signes d'une caverne au sommet du poumon gauche; cette malade devient gâteuse, elle ne peut conserver ni ses urines ni ses matières. Le 14, les mouvements athétosiques prédominent à gauche, paralysie complète des sphincters. Le 21, abattement extrême, subdélire, elle essaye de manger ses excréments; elle meurt le 22.

Autopsie. — Caverne au sommet du poumon gauche, infiltration de tubercules miliaires dans les autres parties des deux poumons. Foie et reins graisseux. A l'ouverture du crâne, peu de liquide, infiltration gélatineuse, blanchâtre, opalescente, molle, à la surface des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes surtout dans la profondeur et sur les bords du sillon de Rolando; les lésions prédominent vers la partie supéro-interne de ces deux circonvolutions et empiètent sur le lobule paracentral. Il existe en outre une plaque jaunâtre au niveau du tiers moyen du sillon de Rolando atteignant la partie correspondante de la frontale ascendante. Plaques de congestion sur la face externe du lobe occipital, au-dessous du gyrus temporalis. Ces localisations expliquent les symptômes indiqués. On ne trouve que très peu de tubercules. A l'examen histologique, on voit que ces exsudats fibrino-purulents sont infiltrés de globules de pus, de cellules embryonnaires ; les vaisseaux sont fortement dilatés ; les circonvolutions correspondantes sont le siège d'une encéphalite superficielle avec dégénérescence graisseuse et prolifération nucléaire. Nous rappellerons que Boucarut a publié un cas analogue dans le *Nouveau Montpellier médical* du 31 juillet 1898.

Un cas de paralysie de Landry.

M. Boinet. — Il s'agit d'un ouvrier, âgé de trente-six ans, non syphilitique, non alcoolique, qui n'a eu ni refroidissement récent, ni maladie infectieuse. Il est pris sans prodromes, sans cause appréciable de fourmillements, d'engourdissement, de faiblesse dans les deux pieds. Le lendemain, il ne peut marcher, les jambes fléchissent. A partir de ce moment, cette paralysie bilatérale progresse rapidement et symétriquement, de bas en haut, et atteint les groupes musculaires dans l'ordre indiqué par Landry. Dans la soirée, la paralysie flasque des deux jambes est complète. Nous voyons le malade deux jours après le début de cette affection. Etat général bon, pas de fièvre, intelligence normale, paralysie complète et flasque des deux membres inférieurs, abolition presque complète des réflexes rotuliens, pas de convulsions, pas de contracture, contractilité musculaire nette et énergique sous l'influence de courants induits de moyenne intensité, sensibilité à la piqûre, à la température légèrement émoussée, masses musculaires des cuisses et des jambes douloureuses à la pression ; pas d'atrophie, pas de troubles trophiques ; intégrité des sphincters, urines normales. La paralysie suit une marche rapidement ascendante, mais respecte la face. Le lendemain, elle atteint les doigts, les mains, les avant-bras ; pendant la nuit, elle gagne les muscles des deux épaules puis des deux bras. Au niveau des membres inférieurs, la sensibilité au contact et à la douleur est diminuée. Les muscles du cou, de la nuque et du tronc ne sont pris que quelques heures plus tard. Alors surviennent des phénomènes de paralysie bulbaire : déglutition difficile presque impossible ; voix faible, chuchotée, respiration embarrassée, crises de dyspnée et de suffocation ; la paralysie des inspirateurs et du diaphragme en particulier fait de rapides progrès ; mort par asphyxie quatre jours après le début de cette paralysie ascendante aiguë.

Autopsie. — Congestion des poumons, des reins, des centres nerveux. L'examen histologique de la *moelle* montre un aspect vacuolaire anormal des cellules des cornes antérieures, mais la conservation des pièces dans le liquide de Müller n'a pas permis d'appliquer la méthode de Nissl à la recherche des modifications dégénératives, de la chromatolyse, de la désintégration moléculaire de la substance achromatique, etc., décrites par Œttinger, Marinesco, Ballet, Remlinger, Bailcy et Ewing, Marie, Piccinino, Mills et Spiller, etc. Les *méninges spinales* sont épaissies. Ce sont les lésions de *névrite périphérique* qui prédominent sur la couche transversale de quelques nerfs rachidiens, on voit une assez grande quantité de tubes nerveux dégénérés. Sur un certain nombre de points du sciatique et du médian, la myéline est fragmentée ; elle a disparu par place ; ailleurs, elle a un aspect granulo-graisseux.

Parfois le cylindre-axe est interrompu et entouré de boules réfringentes. Pas de multiplication des noyaux.

En résumé, la polynévrite n'est pas douteuse et étant donné l'aspect anormal de la moelle, il est probable que l'emploi de la méthode de Nissl aurait décélé des lésions dans les cellules des cornes antérieures. C'est plutôt un défaut de technique, qu'une absence réelle d'altérations qui souvent a fait affirmer l'intégrité des nerfs et surtout de la moelle dans la maladie de Landry. Elle est parfois d'origine infectieuse comme dans les cas de Galleta. On voit sur les coupes de la *moelle* de notre malade, quelques rares bacilles minces auxquels l'absence de culture et d'inoculation ne permet pas d'attribuer un rôle pathogène.

Syndrome de Little d'origine obstétricale.
Amyotrophie tardive des membres supérieur et inférieur gauches.

M. Boinet. — Ce petit garçon, âgé actuellement de trois ans et deux mois, est né à terme, mais l'accouchement a été extrêmement long et laborieux; il a duré vingt-quatre heures. Il existait une présentation de la face en première position. Naissance asphyxique avec cyanose et boursouflement des paupières, des lèvres, de la face qui a une couleur lie de vin. Le nouveau-né reste inerte, asphyxié pendant un quart d'heure ; mais il reste flasque, les membres sont ballants, sans tonicité, pendant une quinzaine de jours, au dire de l'accoucheuse. Ce n'est qu'au bout de deux semaines que cet enfant peut maintenir sa tête presque droite, jusqu'alors elle se balançait inerte ; les muscles du cou n'étaient pas capables de la soutenir. Pas de convulsions. Fonctions normales et régulières Excellent état général ; il pesait près de 7 kilogrammes à sa naissance. Le placenta et le cordon étaient normaux. Parents indemnes de syphilis et d'alcoolisme. La mère a eu six autres enfants bien constitués également à terme. Elle ne s'aperçoit de la contracture des deux membres inférieurs que trois semaines environ après la naissance. Les cuisses fortement serrées l'une contre l'autre et placées dans l'adduction forcée ne peuvent être écartées même sous l'influence d'un effort considérable; cette contracture était permanente, elle ne s'atténue pas pendant le sommeil. La sensibilité est intacte.

Vers l'âge de six mois, l'enfant peut à peine remuer les membres inférieurs. Les membres supérieurs sont moins contracturés ; ils n'exécutent que quelques mouvements maladroits, après une certaine éducation. A sept mois, il ne jouait qu'avec l'auriculaire droit; quelques semaines plus tard il parvint à se servir de l'auriculaire. Il a parlé aussi vite que ses frères et sœurs. Il est intelligent, sa mémoire est bonne. A deux ans et demi, il présente toujours une contracture intense des deux membres inférieurs, prédo-

minant au niveau des adducteurs. Les cuisses sont rapprochées, fixées l'une contre l'autre en adduction forcée avec rotation en dedans. Il est difficile de les écarter modérément même pendant le sommeil. Les deux pieds sont dans l'extension avec adduction, en équin varus; leur pointe et leur bord externe sont seuls, pendant la marche, en contact avec le sol qu est raclé, pour ainsi dire, à chaque pas. Les pieds s'entrecroisent, exécutent des mouvements de rotation autour l'un de l'autre sans pouvoir être portés franchement et directement en avant, comme dans la locomotion habituelle. Réflexes rotuliens exagérés. Sous l'action des courants de haute fréquence continués pendant trois mois, la rigidité symétrique et bilatérale des membres inférieurs diminue ; cette amélioration est plus marquée aux jambes ; mais la marche est toujours difficile, et lorsque, tenu par les mains, cet enfant veut faire un pas il glisse péniblement son pied qui, en décrivant autour de l'autre un mouvement de spire, racle le sol qu'il ne quitte pas. Depuis trois mois, les membres inférieur et supérieur gauches se sont atrophiés ils sont plus mous, plus flasques que les membres correspondants. Le pied gauche glisse mieux sur le sol que le droit. Lorsqu'on lui fait serrer les doigts des mains, on trouve que l'effort musculaire est moins marqué à gauche. L'exagération des réflexes a diminué. Sensibilité normale.

En résumé, il ne s'agit pas, dans ce cas, d'un défaut de développement des faisceaux pyramidaux. La syphilis doit aussi être éliminée. Ce fait peut être rangé dans la *forme cérébro-spinale* décrite par Little, en 1862. Elle dépend de lésions survenues pendant les accouchements difficiles. Il est donc probable que, chez notre petit malade, cette asphyxie des nouveau-nés s'est accompagnée d'hémorragies méningées qui ont été suivies de lésions scléreuses, comme dans les cas analogues de Sarah Mac Nutt, de Railton. L'amyotrophie secondaire et tardive des membres supérieur et inférieur gauches cadre bien avec cette interprétation. Enfin, pour éviter les confusions, il conviendrait de réserver le nom de *maladie de Little* aux états paréto-spasmodiques survenant chez des enfants nés avant terme et dus à l'absence ou à l'arrêt de développement de la portion spinale du faisceau pyramidal.

Très bonne observation qui aurait pu être le point de départ d'une utile discussion.

Sur quelques variétés d'hémorragies méningées : trépanations sans succès.

M. Boinet. — I. *Hémorragie sus-dure-mérienne par rupture traumatique de l'artère méningée moyenne.* — M..., cinquante ans, amaigri, tombe d'une hauteur de 2 m. 50 sur la région pariéto-

temporale droite. Plaie cutanée, petite et superficielle. Etat comateux, perte de connaissance, respiration bruyante, stertoreuse. A son entrée dans le service du Dr Pluyette, on constate une paralysie complète de tout le côté gauche, face comprise, une déviation conjuguée de la tête et des yeux. Le malade regarde sa lésion. Pupilles très resserrées, température normale. Pas d'écoulement sanguin ou séreux par l'oreille droite. L'ensemble de ces symptômes permettant de conclure à l'existence d'un caillot comprimant la zone rolandique droite, M. Pluyette applique sur ce point trois *couronnes de trépan* qui mettent directement à jour un vaste caillot mou, noir, friable, situé entre la face interne des os du crâne et la face externe de la dure-mère. On n'enlève que quelques fragments de ce caillot, *on ne poursuit pas l'opération par crainte d'une nouvelle hémorragie.* Le malade *meurt* dans la soirée et, à l'autopsie, on trouve un caillot pesant 75 grammes, placé entre la face externe de la dure-mère et les os crâniens; il comprime et aplatit la zone rolandique droite, d'où hémiplégie de tout le côté gauche. Cette hémorragie provenait de la déchirure de l'artère méningée moyenne par le bord tranchant d'un fragment quadrilatère détaché de la table interne du temporal. Cette lame osseuse, mesurant 2 centimètres sur 3, avait un bord taillé en biseau qui avait sectionné nettement les trois quarts de la circonférence du tronc de l'artère méningée moyenne. Le trait de fracture se continuait jusqu'à la base du crâne. Ce cas peut être rapproché de celui de Ransohoff qui, en présence de rupture de la méningée moyenne, a *trépané* le temporal, évacué le foyer sanguin et lié, *sans succès*, la carotide primitive. Cette opération a aussi été pratiquée par Bentlee, Alexander, Gaingée.

Que le lecteur note, au passage ces deux *cas* de trépanation, pour des *hémorragies méningées*, suivis de *mort.*

II. *Traumatisme violent de la région temporo-pariétale droite, contracture secondaire et permanente des membres supérieur et inférieur gauches.* — R..., trente et un ans, ni syphilitique, ni alcoolique, sans stigmates hystériques, tombe d'une hauteur de 5 mètres; on le relève sans connaissance et on constate, dans la région pariétale droite, à 5 centimètres au-dessus de l'oreille, une plaie contuse, puis un écoulement séreux et blanchâtre par l'oreille droite. A ce moment, d'après les notes recueillies par M. Raynaud, toute la moitié gauche du corps était paralysée et fortement contracturée. Cet état comateux dura vingt-quatre heures; le malade reprend connaissance et se souvient qu'alors son bras gauche était fixé contre le thorax, que l'avant-bras était fléchi sur le bras, que la main était en pronation et en flexion, enfin que les doigts étaient repliés dans la paume de la main. Tout mouvement

spontané de ce membre était impossible. La jambe gauche était fléchie sur la cuisse, en rotation externe, de sorte que le pied venait toucher le milieu de la jambe droite ; les orteils étaient également rétractés. Il ne peut ni marcher, ni se tenir debout : dès qu'il veut faire exécuter à ses membres contracturés le moindre mouvement, ils sont pris d'un tremblement rapide. La face a été respectée, mais la tête, dit-il, était inclinée à gauche. Ces contractures disparaissent pendant le sommeil chloroformique. Le 15 septembre 1898, il entre dans le service de clinique médicale dont nous étions chargé. Le membre supérieur gauche peut exécuter quelques mouvements brusques, saccadés, sans atteindre le but visé. Les doigts, fortement fléchis dans la paume de la main, saisissent difficilement les objets. Les réflexes sont exagérés. La sensibilité à la pression est un peu diminuée, les autres variétés de sensibilité sont normales ; on note une anesthésie en manchette au poignet gauche. La peau du membre supérieur gauche paraît plus froide ; la raie dermographique persiste pendant plusieurs heures. Excitabilité électrique normale, pas de réaction de dégénérescence. Les mouvements du membre inférieur gauche sont très brusques et incoordonnés. La jambe gauche est légèrement fléchie, le pied en extension. Les réflexes, en particulier les réflexes rotuliens, sont exagérés. Le clonus épileptoïde se produit aisément. La sensibilité est conservée. La démarche est brusque, saccadée, mal assurée ; elle n'est possible qu'avec l'appui de deux aides qui soutiennent le malade de chaque côté. Le membre inférieur droit n'est jamais porté au-devant de l'autre, il sert de pivot, de point d'appui, il quitte à peine le sol et il est placé légèrement en équerre. Le membre inférieur gauche décrit un mouvement spiroïde, s'appuie à peine sur le talon, est plus contracturé et présente un tremblement marqué. Le côté gauche de la face est asymétrique et les muscles correspondants sont le siège d'une légère atrophie. Quelques séances d'hypnotisme et de suggestion n'amènent aucun résultat favorable. Après une trentaine de séances de pendaison, les mouvements des membres supérieurs et inférieurs gauche sont moins brusques, moins saccadés. Quatre mois après sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire deux ans et demi après le début de sa contracture, aucune amélioration n'est survenue. Il est difficile de dissocier exactement la part qui revient à l'hystéro-traumatisme et aux lésions méningo-corticales. Néanmoins, l'intensité du traumatisme nous a engagé à rapprocher ce cas du précédent.

III. *Pachyméningite. Hémorragie intra-arachnoïdienne. Hématome comprimant la zone rolandique gauche.* — F. F..., cinquante et un ans, non syphilitique, légèrement alcoolique, éprouve depuis deux mois, des douleurs de tête plus accentuées au niveau de la région temporale gauche ; son intelligence et sa mémoire diminuent.

Brusquement, il est pris de vertiges avec perte de connaissance de courte durée, de paralysie incomplète du membre supérieur droit, augmentant progressivement ; le membre inférieur du même côté ne se paralyse que huit jours plus tard. On l'apporte à l'Hôtel-Dieu deux semaines après ; marche impossible, stupeur marquée, intelligence obtuse, il ne comprend pas ce qu'on lui demandé ; aphasie, hémiplégie droite complète avec paralysie légère de la moitié correspondante de la face ; pupilles contractées, déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche. Il regarde sa lésion. Sensibilité abolie au niveau des membres paralysés. Quelques jours plus tard, contracture du membre inférieur droit avec exagération des réflexes rotuliens ; elle est moins prononcée à gauche. Incontinence complète des urines et des matières ; urines normales. Pas d'élévation de température. Au bout de huit jours, escarre sacrée médiane gagnant rapidement en surface et en profondeur. L'état général s'aggrave, coma, mort.

Autopsie. — La face interne de la dure-mère correspondant à la zone rolandique de l'hémisphère cérébral gauche, est tapissée par un hématome dur, noirâtre, très adhérent, mesurant 16 centimètres sur 11. Le caillot a une épaisseur d'un centimètre vers son centre, il s'amincit sur les bords ; il est formé d'une série de strates et porte l'empreinte des circonvolutions fronto-pariétales correspondantes qui sont aplaties, déprimées, congestionnées. La coupe de l'hémisphère cérébral gauche montre un piqueté rouge considérable et une forte hyperémie. Noyaux gris centraux normaux. Liquide abondant dans les ventricules. Petit foyer hémorrhagique, gros comme un pois, sur la partie inférieure gauche de la protubérance. Quelques plaques d'athérome sur les sylviennes et sur les artères de la base du cerveau. Cœur volumineux ; poumons très congestionnés ; néphrite interstitielle. A l'*examen microscopique* de cet hématome, on voit une série de feuillets fibrineux stratifiés en rapport avec des méninges épaissies et infiltrées de cellules embryonnaires. On trouve encore des espaces lacunaires, des sortes de lacs sanguins, des diverticules communiquant avec le foyer hémorragique principal. On constate enfin, dans l'épaisseur des méninges, un grand nombre de petits vaisseaux, à structure embryonnaire, dont la rupture facile explique l'étendue de cet hématome.

IV. *Hématorachis.* — Veuve B..., quarante ans, sans antécédents pathologiques, se fatigue plus vite depuis deux mois, perd ses forces et son appétit. Elle va rendre visite à une voisine et, pendant la conversation, elle ressent des crampes, de l'engourdissement dans le membre inférieur gauche ; elle s'affaisse, sans vertige, sans perte de connaissance. Le Dr Doulet qui voit cette malade deux heures plus tard, constate une hémiplégie gauche

incomplète, le côté correspondant de la face est indemne. Huit heures après, cette parésie augmente ; il existe une paralysie très prononcée des membres supérieur et inférieur gauches ; enfin le côté droit est le siège d'un état parétique analogue à celui qui avait atteint, quelques heures avant, le côté opposé. Pas de fièvre. Le lendemain, paralysie complète, flasque, sans convulsions, ni contractures des quatre membres ; face respectée, pas de douleurs, pas de vertiges : intelligence et mémoire intactes. Téguments pâles, froids; peau glacée, vaso-constriction considérable, absence de sueurs. Réflexes rotuliens abolis. Pieds en équin varus. Sensibilité diminuée aux membres inférieurs. La paralysie gagne les muscles du cou et de la nuque : déglutition difficile, voix éteinte, sensation de constriction à la gorge, pupilles normales, pas de troubles soit du côté de l'intelligence, soit du côté des organes des sens. Elle urine par regorgement. Absence de sucre et d'albumine, cinquante-six heures après le début de ces accidents, les symptômes de paralysie bulbaire augmentent ; voix affaiblie, soufflée, contraction difficultueuse, pénible, des muscles inspirateurs avec tirage, gêne croissante de la respiration, cyanose avec refroidissement ; pouls filiforme, intermittent, pupilles punctiformes ; les quatre membres sont toujours inertes, flasques, glacés. Elle ne perd pas connaissance, assiste à son agonie, meurt à 2 heures du matin.

Autopsie. — Cœur sain, congestion et suggillations des poumons ; hépérémie des méninges cérébrales et des plexus choroïdes. Hématorachis fort abondant. Les méninges rachidiennes correspondant à la partie cervicale et lombaire sont infiltrées de sang noir, en partie liquide ; il est très abondant sur certains points et empêche de voir la moelle; sa partie inférieure et la queue de cheval sont recouverts de caillots de formation récente. A 7 centimètres au-dessous de la protubérance et sur un trajet de 9 centimètres, caillot intra-méningé correspondant à la partie antérieure de la moelle, occupant sa partie latérale sur une longueur de 5 centimètres et demi et sur une largeur d'un centimètre et demi et se prolongeant avec un caillot qui entoure complètement l'axe médullaire sur un parcours de 4 centimètres. De là, le caillot descend sur la face postérieure de la moelle sur un trajet de 17 centimètres et se continue avec un dernier foyer hémorragique qui recouvre les parties antéro-latérales de la moelle sur un parcours de 18 centimètres. Le cerveau et la moelle ne présentent pas d'altérations.

La disposition anatomique, le siège, l'étendue de ces foyers hémorragiques, leur formation successive, leur propagation, leur localisation exclusivement rachidienne expliquent bien la brusquerie du début, la rapidité d'évolution de ces paralysies par compression médullaire. Le point de départ de cet hématorachis reste douteux. L'examen histologique montre que les gros vaisseaux

sont normaux et qu'il existe des traces de pachyméningite dans la région cervicale.

V. — Nous avons enfin observé à l'autopsie d'une vache surmenée qui s'affaissa brusquement avec une paralysie du train postérieur, une infiltration hémorragique considérable sous la pie-mère spinale, dans l'arachnoïde, dans l'épaisseur et à la surface de la dure-mère correspondante, autour des éléments de la queue de cheval et des racines rachidiennes. Infiltrations sanguines ne sont pas rares chez les chevaux surmenés qui succombent avec des phénomènes paraplégiques. Les hémorragies intra-médullaires sont beaucoup plus rares. Nous en avons communiqué un cas au *Congrès pour l'avancement des sciences* (Marseille, 1891, p. 756). La paralysie atteignit progressivement les deux pieds, les deux jambes, les deux cuisses; elle suivit la même progression ascendante du côté des membres supérieurs. Ce malade succomba avec des phénomènes de paralysie bulbaire semblables à ceux qui existaient dans notre observation IV et la marche progressive de cette paralysie ascendante pouvait faire songer à l'existence d'une *paralysie de Landry* [1].

Arthrite suppurée, rhumatisme polyarticulaire et manifestations spinales d'origine blennorrhagique. Présence du bacille pyocyanique dans le sang veineux recueilli vingt-quatre heures avant la mort.

M. Boinet. — Marie J..., âgée de dix-sept ans, contracte une blennorrhagie intense avec métrite: quinze jours après, elle est prise de douleurs très vives dans l'articulation coxo-fémorale droite; elles s'irradient dans la région trochantérienne qui devient rouge, chaude, empâtée. Rhumatisme blennorrhagique, à gauche, au niveau du genou, du cou de pied. Cette localisation ne dure que deux semaines. L'arthrite coxo-fémorale augmente d'intensité, cœur et poumons sains, écoulement blennorrhagique vaginal abondant, urines rares, chargées de pus, diarrhée fétide. Au bout de deux mois, état général mauvais, escarre au niveau du sacrum, qui augmente rapidement en surface et en profondeur; les os sont mis à nu; langue dépouillée, rouge vif; vomissements fréquents, diarrhée incessante. Cinq jours plus tard, cet état infectieux devient très accusé, subdélirium. L'articulation coxo-fémorale est toujours très douloureuse, la bouche est tuméfiée. Atrophie considérable des deux membres inférieurs, paraplégie complète, marche impossible, pieds tombants; la malade ne peut se tenir debout, troubles

[1] Voir sur les *hémorragies méningées :* Charcot, *Œuvres complètes*, t. IX, p. 102. — Voir aussi *Comptes rendus de la Société de biologie*, t. XXIV, 1872, p. 2-3.

de la sensibilité cutanée peu marqués. Un mois plus tard, l'escarre srcrée n'a aucune tendance à se cicatriser; urines purulentes, diarrhée profuse, gonflement du genou droit. L'articulation coxo-fémorale est toujours tuméfiée, douloureuse, les mouvements sont fort difficiles. L'atrophie des membres inférieurs a encore augmenté. Hébétude, délire. Le sang puisé avec toutes les précautions d'usage dans une veine du pli du coude et ensemencé dans du bouillon, donne, au bout de quelques jours, des cultures vertes de *bacille pyocyanique* mélangé à du coli-bacille. Le délire et les phénomènes infectieux s'accroissent, et la malade succombe dans un état comateux, trois mois et vingt et un jours après avoir contracté sa blennorrhagie.

Autopsie. — L'articulation coxo-fémorale contient beaucoup de pus sanguinolent; la tête fémorale est abrasée, usée, rongée, privée de son cartilage articulaire, la cavité cotyloïde est rouge, baignée de pus. L'articulation fémoro-tibiale droite est atteinte d'arthrite sèche, plastique, sans pus. Poumons congestionnés, foie et reins graisseux. Rate volumineuse; des ensemencements faits avec la pulpe splénique donnent des cultures de coli-bacille.

Examen histologique. — Les nerfs rachidiens pris à l'extrémité inférieure de la queue de cheval, présentent par places, des points de dégénérescence granulo-graisseuse avec aspect vermiliforme. Les méninges rachidiennes sont épaissies. Les vaisseaux de la *moelle* sont dilatés, surtout au niveau des cornes antérieures; quelques-uns sont entourés de cellules embryonnaires. La conservation de cette moelle dans le liquide de Muller, n'a pas permis d'employer la méthode de Nissl. On trouve quelques cocci irrégulièrement disséminés dans les coupes de la moelle et des méninges Barie a vu, dans un cas analogue, des streptocoques. Chez notre malade, ces manifestations spinales, sur lesquelles la thèse de Lustgarten (Paris, 1898) donne les indications les plus récentes, paraissent dépendre non du gonocoque, mais des infections secondaires à une blennorrhagie extrêmement virulente.

Pseudo-névralgie neurasthénique, migraine à aura;
par Lamacq-Dounoy.

Un cas de paralysie infantile traité par l'électricité; par Cros.

Les cellules de l'écorce grise dans l'éclampsie.

MM. Anglade et Poux. — Dans l'écorce grise du cerveau d'une éclamptique qui a succombé après une série d'attaques (30 en deux jours) étudiée par les procédés ordinaires et notamment par la méthode de Nissl, ils ont pu constater : 1° l'altération des cellules pyramidales; 2° la présence, autour de ces cellules, d'éléments anormaux. On observe deux degrés d'altérations cellulaires. La

disparition des grains chromatiques correspond évidemment à l'épuisement de la cellule. Sa déformation parfois très accusée, est la conséquence d'un processus destructif. Ces lésions n'ont rien de spécifique. Autour des cellules pyramidales, mais non exclusivement autour d'elles, on voit de petites cellules rondes fortement colorées. Elles sont disséminées un peu partout, pénètrent dans la loge de la cellule pyramidale et s'appuient contre ses parois. Ces éléments n'offrent d'anormal, ici, que leur nombre. C'est à tort, selon eux, qu'on leur a attribué un rôle dans quelques maladies, notamment dans la chorée chronique. Plus spéciale parait être la présence. dans les diverses couches de l'écorce grise et notamment autour des cellules pyramidales, des cellules rondes ou ovales plus volumineuses et moins colorces. Elles ont une paroi propre, un contenu granuleux. Un, quelquefois deux grains plus volumineux représentent le noyau. Ces éléments entourent les cellules pyramidales les pénètrent évidemment et semblent se substituer à celles qui sont détruites. Ces cellules ne se rencontrent, dans les mêmes conditions, que dans l'écorce de sujets morts en état de mal épileptique. On serait tenté de leur attribuer un rôle excitant, vis-à-vis de la cellule motrice. Quant à la nature on peut se demander si ces éléments ne représentent pas des leucocytes émigrés des vaisseaux. Ramon y Cajal, qui en a figuré de semblables récemment, affirme qu'il s'agit de corpuscules névrogliques, et Lugaro est de son avis.

Sur un cas d'hydrocéphalie aiguë; par ENGELHARDT.

Journée du samedi 8 *avril.*

Excursion à Toulon.

Aujourd'hui, excursion à Toulon, comprenant une promenade aux Sablettes, la visite de l'hôpital Saint-Mandrier. La Préfecture maritime, à défaut d'un cuirassé de l'escadre, a accordé aux congressistes l'autorisation d'assister aux expériences du *Gustave-Zédé*, le bateau sous-marin.

A la fin du déjeuner qui a eu lieu aux Sablettes, M. le Dr Boubila a prononcé le toast suivant :

Mesdames, Messieurs,

Mes fonctions vont expirer dans quelques instants. Je suis un secrétaire général *in extremis*, mais avant de mourir, je tiens à vous remercier d'avoir répondu si nombreux à mon appel, et à vous dire non pas adieu, mais au revoir.

Journée du dimanche 9 avril.

Visite à l'asile d'Aix.

L'excursion à Toulon, placée *avant* la visite de l'asile d'aliénés d'Aix en Provence, a eu pour conséquence de réduire le nombre des congressistes qui se sont rendus à la visite médicale. Ils ont été reçus à la gare par le Maire, M. le Dr Bertrand, par le médecin directeur le Dr Ph. Rey, par les Drs Chabrier et Bourguet, membres de la Commission de surveillance. Les assistants se sont réunis dans la salle de la Bibliothèque de l'asile où il a été procédé à l'ouverture officielle de l'*Ecole professionnelle pour les surveillants et infirmiers*, organisée par le médecin-directeur qui a exposé le programme des cours. Puis, M. Rey a donné le mouvement de l'aliénation mentale dans les Bouches-du-Rhône. La population de son asile, le 9 avril, était de 786 malades dont 407 et 379 femmes. Ces malades proviennent des Bouches-du-Rhône, de la Corrèze et de l'Algérie.

M. Rey fournit ensuite des renseignements sur le compte administratif, sur le régime alimentaire et les régimes spéciaux pour les infirmeries, sur la transformation des services généraux devenus insuffisants par suite de l'accroissement de la population qui a amené l'encombrement de l'asile. C'est ainsi que l'un des dortoirs renferme 35 malades, alors que le nombre des lits réglementaires est de 28. De là nécessité de nouvelles constructions, en particulier pour les *travailleurs*, une nouvelle infirmerie pour les femmes, pour le pensionnat. Les locaux qui deviendraient disponibles serviraient à désencombrer l'asile.

La cérémonie d'inauguration du buste du Dr Pontier a eu lieu ensuite dans la grande salle d'honneur de l'établissement décorée pour la circonstance de trophées de drapeaux et de plantes vertes. De nombreuses notabilités, invitées par l'aimable directeur, M. Rey, avaient pris place, dès 11 heures, dans l'enceinte qui leur était réservée.

M. Doutrebente prend ensuite la parole et, dans un discours très applaudi, rend un hommage ému à la mémoire de l'ancien directeur.

Un chœur (hommes et femmes) composé de pensionnaires de l'établissement, accompagné par un orchestre excellent, a exécuté une cantate que l'auditoire entier a applaudie frénétiquement.

M. Pontier fils, conservateur du musée et auteur du monument qui va perpétuer le souvenir de son père, a remercié vivement le congrès en quelques paroles empreintes d'une douce émotion. Le buste remarquable est, nous assure-t-on, très ressemblant : il repose sur un piédestal tout simple. La place définitive du monu-

ment sera dans la salle de la commission, dans laquelle, à cause de ses dimensions exiguës n'a pu avoir lieu l'inauguration.

Un banquet de quatre-vingts couverts réunissait ensuite les congressistes et les invités autour d'une table somptueusement servie. De nombreuses dames, pour la plupart femmes des membres du congrès, en toilettes claires, piquaient çà et là sur la teinte sombre des habits noirs des nuances gaies qui ajoutaient encore à l'éclat de ce festin.

Au champagne, des discours ont été prononcés par MM. le Dr Chabrier; Cotelle, sous-préfet; Leydet, sénateur; Perreau, député; le Dr Rey, MM. les Drs Drouineau et Doutrebente et le pasteur protestant.

Ensuite, le groupe des danseurs de Saint-Cannat a exécuté, au son du tambourin, de vieilles danses provençales devant les invités. La musique des Touristes de l'Union a exécuté, durant cette fête charmante, des morceaux variés.

Avant la cérémonie d'inauguration, les congressistes avaient visité les différents quartiers de l'asile, guidés par le Dr Rey, qui leur a fait les honneurs de son établissement avec une exquise bonne grâce. Voici, en terminant, quelques renseignements sur le Dr Pontier, créateur et premier directeur de l'asile d'aliénés du Mont-Perrin.

M. Charles Pontier naquit à Aix le 6 mai 1809. En 1852, il fut chargé de la direction du quartier d'aliénés, situé alors à l'hospice d'Aix. Dans ces difficiles fonctions, il eut à donner maintes fois des preuves de son inaltérable dévouement aux malades qu'il soigna avec une sollicitude qui ne se démentit jamais.

Un peu plus tard, ayant réalisé des économies, par une sage administration, M. Pontier put faire l'acquisition du terrain sur lequel s'élève l'asile actuel. Les travaux furent poussés activement; mais, hélas! la mort ne lui permit pas d'achever l'œuvre qu'il avait entreprise et le 15 mars 1878 il succombait, emporté à l'âge de soixante-neuf ans par une maladie qui le minait depuis un certain temps. Le monument érigé à la mémoire de cet homme de bien n'est qu'une réparation qui était due à celui qui consacra sa vie entière au soulagement de ses semblables atteints par le plus terrible des maux : la folie.

Cette excursion médicale, très intéressante, a clos la session de Marseille du *Congrès des aliénistes et neurologistes* dont les travaux peuvent marcher de pair avec ceux des sessions précédentes. Peut-être aurons-nous l'occasion de faire quelques remarques en vue de l'organisation des Congrès futurs. B.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du lundi 15 mai 1899. — PRÉSIDENCE DE M. JULES VOISIN.

Vertige de la locomotion.

M. Paul FAREZ. — Au mois de novembre 1898, je vous ai rapporté l'observation d'une demoiselle qui ne pouvait voyager ni en omnibus, ni en chemin de fer, sans éprouver les symptômes du mal de mer. Je l'avais traitée par la suggestion et rendue réfractaire à son malaise habituel. Or, tout récemment, à l'occasion des vacances de Pâques, elle a pu voyager un jour et une nuit en chemin de fer sans éprouver le moindre malaise. Ce fait vient témoigner à nouveau de la solidité des guérisons dues au traitement psychique.

L'hypnotisme dans la pratique médicale antique.

M. Félix REGNAULT. — Cette thérapeutique était aux mains des prêtres. L'accès du temple n'était accordé qu'après de longues et nombreuses pratiques : rites, formules, usages, bains, sacrifice, diète de quinze jours, etc. En outre, des trucs ingénieux avaient pour but de frapper l'imagination : son de trompettes, ouverture automatique de portes par d'ingénieux mécanismes à pression hydraulique ou à air comprimé. Le prêtre parlait dans un long tuyau qui aboutissait derrière la statue du dieu et la voix semblait venir du dieu lui-même. De nombreux *ex-voto* en terre cuite représentent les divers organes guéris par l'intervention de la divinité.

Sur le développement de la morphinomanie.

M. Paul FAREZ. — La Société de médecine légale s'est tout récemment occupée des mesures qu'il conviendrait de prendre pour assurer la guérison des morphinomanes. Or, rien ne s'oppose au développement de la morphinomanie : la plupart des pharmaciens délivrent de la morphine sans ordonnance médicale; on en peut acheter des quantités considérables chez les droguistes ; le morphinomane qui serait embarrassé n'aurait qu'à ouvrir le Bottin à la rubrique Morphine. Bien plus, des ouvriers devenus morphinomanes dans les hôpitaux, par suite de la coupable complicité de quelque infirmier, continuent à se morphiniser après leur sortie. Dans certains quartiers de Paris, des individus ont la spécialité de

faire à la dérobée des piqûres aux gens du peuple sur les bancs du boulevard, des squares, des promenades publiques ou dans les urinoirs. Cette petite industrie est fort lucrative ; celui qui s'y livre fait payer d'ordinaire cinquante centimes par piqûre et cela lui permet de vivre bien à l'aise. — Il serait bon que ce fait fût signalé aux pouvoirs publics. (La Société, à l'unanimité, se range à cet avis.)

Sur quelques effets de l'hypnotisme.

M. Bérillon. — Il élève considérablement la tension artérielle; c'est un des meilleurs agents qui conviennent aux malades en hypotension. — Chez les mélancoliques, les déprimés, les abouliques, il ne faut pas suggérer d'emblée des émotions gaies : il est plus efficace de produire d'abord une sorte de réflexe moteur et de créer une association synergique entre les muscles qui concourent au rire automatique. Cela s'obtient facilement par l'électricité statique (étincelles dans la région des aisselles). Les phénomènes psychologiques s'adaptent alors aux phénomènes physiologiques et l'émotion gaie succède naturellement au rire. Par la suggestion, il ne suffit pas d'atteindre le symptôme prépondérant ; il faut surtout s'occuper de la thérapeutique générale et : 1° suggérer de bien dormir la nuit, — 2° susciter des idées gaies et même faire renaître le goût du chant, — 3° réveiller l'instinct de la conservation. (Je me trouve très bien de lire et de commenter quelques passages de John Lubbock). — Il faut parler à l'hypnotisé longtemps et avec conviction ; il faut être un avocat qui plaide chaleureusement une cause. — Il suffit de faire entendre à certains sujets certains airs de musique pendant leur sommeil hypnotique pour que aussitôt ils éprouvent des émotions gaies très intenses, accompagnées de gestes correspondants.

Communications diverses : M. Pujol (de Marseille) communique un cas de *Névralgie utéro-ovarienne* guérie par la suggestion hypnotique ; M. Paul Farez fait part d'un cas de *Fausse angine de poitrine* consécutive à un rêve subconscient ; M. H. Bidon (de Marseille) rapporte une observation de *Claudication hystérique* guérie par la suggestion ; M. Bérillon présente un *appareil* destiné à favoriser l'hypnotisation en utilisant à la fois la fixation du regard, le strabisme convergent, la fatigue des yeux et la constriction du crâne.

Alcoolisme. — La Société médicale des hôpitaux de Paris vient de nommer une commission à l'effet d'étudier les progrès de l'alcoolisme en France. Sont nommés membres de cette commission : MM. Debove, Joffroy, Le Gendre, Jacquet, Courtois-Suffit, Triboulet, Marie, Beclère, Siredey.

BIBLIOGRAPHIE.

XII. *Du bromure de camphre dans l'épilepsie ;* par le Dr Louis Haslé. (Thèse de Paris, 1899, aux bureaux du *Progrès Médical*, 14, rue des Carmes.)

La lecture de ce travail nous a particulièrement intéressé, pour cette raison que, nous aussi, nous nous sommes occupé du bromure de camphre dans notre thèse inaugurale[1] en nous appuyant également sur des observations prises dans le service de notre maître, M. le Dr Bourneville, à Bicêtre.

Le docteur Louis Haslé, ancien interne de l'hôpital Saint-Michel entre en matière par des « Considérations sur quelques causes déterminantes et le pronostic de l'épilepsie », laquelle maladie est dans l'état actuel de nos connaissances, symptomatique d'un trouble organique ou dynamique du système nerveux, d'une manière accessible ou non à nos moyens actuels d'investigation. L'auteur poursuit par les recherches modernes sur l'état gastrique, l'urine, le sang des épileptiques avant, pendant et après les accès et les vertiges, et par l'opinion de J. Voisin, quant au pronostic de l'épilepsie générale.

Dans le chapitre I, il est question des innombrables médications proposées jusqu'à ce jour contre l'épilepsie, sans oublier la trépanation dans l'épilepsie traumatique, ou non, etc., ni les injections de liquide testiculaire. Mais c'est le chapitre II qui est la clef de voûte de cette thèse en donnant maints détails sur les propriétés physiques, chimiques et physiologiques du bromure de camphre, ainsi que sur le mode d'administration et le dosage (p. 36). Le camphre monobromé n'a d'ailleurs pas été employé à titre exclusif dans l'épilepsie, mais aussi avec des succès variables, dans le *delirium tremens* (Deneffe, de Gand), les *troubles génito-urinaires*, en particulier dans la *blennorrhagie* avec érections douloureuses (Bourneville), ainsi que dans la *rétention d'urine* par hypertrophie prostatique. De même, dans la *spermatorrhée* (Desnos), les *troubles de dentition* de l'enfance, la *coqueluche*, la *chorée*, l'*hystérie*, voire même dans la tuberculose (Crinon). La thèse de M. Haslé s'étaye en définitive sur une dizaine d'observations très bien prises comme on les prend à Bicêtre. Les conclusions de l'auteur sont

[1] Thèse de Paris, 1889, publiée par le *Progrès Médical*.

celles que nous prévoyions, savoir: que le bromure de camphre, dont l'action est douteuse dans les accès épileptiques seuls, utile dans l'épilepsie avec accès et vertiges, est d'une efficacité incontestable dans le *petit mal*, le plus dangereux pour les facultés intellectuelles; en un mot il diminue d'abord le nombre des vertiges et enfin les fait très souvent disparaître complètement. En résumé il s'agit d'un travail bien fait qui corrobore tout ce qui est déjà dit sur le bromure de camphre, en apportant en outre un certain nombre de données nouvelles, d'où il ressort que le bromure de camphre est un médicament d'une utilité incontestable dans un grand nombre de maladies du système nerveux, à la condition qu'on le prescrive à doses convenables, progressives, et durant un temps suffisant. Dr P. Cornet.

XIII. L'*Antisémitisme;* par Cesare Lombroso, traduit de la deuxième édition italienne par les Drs A. Marie et M. Hamel, médecins des Asiles publics de la région de Paris, avec une préface de Paul Brousse, 1899. Paris, V. Giard et E. Brière, éditeurs, 1 vol. in-8.

M. Lombroso a d'abord exposé les causes historiques, politiques, psychologiques, etc., de l'antisémisme, sans négliger, ce qui, dans le caractère des Juifs, peut servir parfois de prétexte aux persécutions dont ils ont été ou sont encore victimes dans certains pays d'Europe. Puis il s'occupe longuement de la question au point de vue anthropologique; sa conclusion, originale, soulèvera sans doute des discussions parmi les spécialistes; pour lui, l'antisémitisme serait une psychopathie épidémique des foules. Les derniers chapitres sont consacrés au rôle des Juifs dans l'évolution économique et à la part qu'ils ont prise au mouvement général de la civilisation. L'ouvrage est précédé d'une excellente préface de M. Paul Brousse, qui a montré que l'histoire de l'antisémitisme en France confirme pleinement les thèses de l'éminent professeur.

Medici.

VARIA.

Meeting de la British Association (section de psychologie) (*British medical Journal*, 10 septembre 1898.)

Cette section spéciale du Congrès anglais ayant fait l'objet d'une analyse spéciale antérieure (août 1898), nous nous bornerons à rappeler les principales communications relatées à ce propos:

Nature de l'hypnotisme et ses formes (M. Bramwell). Du suicide (statistique Sibbald). Extraits de rate et de thyroïde en clinique (Bois et Kerr). Troubles oculaires et paralysie générale (Dawson et Rambaud). Assistance familiale (Hogben et Marie). — Délire alcoolique et médecine légale (Sutherland). A. M.

Rapports des aliénistes et des neurologistes dans l'étude de la psychiatrie et de la neurologie; par le Dr Eskridge.

La psychiatrie et la neurologie sont communément regardées comme deux spécialités ayant quelques rapports l'une avec l'autre : l'auteur montre qu'en réalité leurs rapports sont si intimes qu'il n'y a là qu'une même spécialité. L'aliéniste ne peut pas plus poursuivre avec fruit l'étude de la psychiatrie sans une connaissance approfondie de la neurologie que le neurologiste ne peut devenir expert en neurologie sans avoir des idées précises sur les maladies de l'esprit et leur traitement. (*American journal of insanity*, octobre 1898.) C'est la thèse que les *Archives* ont toujours soutenue.

E. B.

Les effets de l'alcoolisme.

Nous empruntons les deux faits suivants au *Bonhomme normand* du 22 avril :

Les nommés Guillemin et Béchet, soldats au 26e régiment d'artillerie au Mans, en convalescence chez leurs parents à Ecouché (Orne), avaient absorbé trois quarts de litres d'eau-de-vie. Béchet, devenu fou furieux à la suite de cet excès, s'élança sur le sieur Lathélize, qu'il rencontra dans la rue, le saisit par le bras, cherchant à lui donner un coup de tête dans le ventre ; puis il saisit son sabot et lui en porta un coup qui lui fendit la lèvre supérieure. Quelques instants apres, Béchet s'élançait sur le sieur François Hobbé, jardinier à Lisieux. Heureusement que le garde champêtre se trouva là et retira Hobbé des mains de ce forcené, qui fut arrêté ivre-mort chez ses parents.

— Le sieur Léon Charlemaine, 26 ans, s'est pendu dans le grenier de la ferme occupée par son père, cultivateur à Saint-Gatien-des-Bois, près Honfleur. Dernièrement, il avait eu affaire avec la justice pour violences exercées sur son père. Les causes de sa funeste détermination sont attribuées à l'abus des boissons alcooliques.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions :* M. le Dr Mahon, médecin-adjoint à l'asile public de Saint-Gemmes, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Lafond ; — M. le Dr Baruk, médecin-adjoint à l'asile de Lesvellec, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Saint-Gemmes ; — M. le Dr Nolé, directeur-médecin de l'asile Sainte-Catherine (Allier), est élevé à la 1re classe ; — M. le Dr Singer est nommé médecin-adjoint à l'asile de Lesvellec en remplacement de M. Baruk, nommé à Saint-Gemmes ; — M. le Dr Rousset, médecin-adjoint à l'asile public de Bron, est nommé médecin en chef de la section des hommes en remplacement de M. le Dr Brun, admis à la retraite ; — M. le Dr Viallon, médecin adjoint à l'asile de Dijon, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Bron ; — M. Josserand, directeur de l'asile de Bron est nommé directeur de l'asile de Montdevergues, en remplacement de M. Raoul, nommé directeur de l'asile de Bron ; — M. le Dr Santenoise, médecin-adjoint à l'asile public de Dôle, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Dijon. — Sont élevés à la 1re classe du grade : M. le Dr Malfilatre, directeur-médecin de l'asile de Saint-Lizier (Ariège) ; — M. le Dr Nicoulau, médecin en chef de l'asile de Cadillac. — A la classe exceptionnelle, M. le Dr Dubaudin, médecin-adjoint de l'asile de Pau.

Suicide d'un enfant. — Un enfant de onze ans, nommé Marcel Roger, s'est pendu hier au domicile de ses parents, 21, rue de Chartres. L'enfant vivait assez solitairement ; son père, garçon de magasin, et sa mère, femme de ménage, partant chaque jour de bon matin. Il allait seul à l'école et, revenu à la maison à quatre heures, il s'occupait à ses devoirs en attendant ses parents, qui ne rentraient qu'assez tard. Quelquefois, une fillette de la maison, Estelle Redolfi, âgée de douze ans, venait jouer avec lui. C'est elle qui a la première constaté le suicide du jeune désespéré. On ne sait à quoi attribuer cette mort navrante. L'enfant avait-il été récemment grondé par ses maîtres et cette pensée lui était-elle encore insupportable ? C'est ce que l'enquête établira. (*L'Aurore*, du 3 mai 1899.)

Les aliénés en liberté. — Un nommé Chalopin-Scordel, demeurant à Saint-Loup-sur-Aujon (Haute-Marne), est entré dans la

petite église de Neuilly-sur-Suize, et avec un éteignoir, a brisé les vitraux, les statues et les candélabres, puis il a renversé les autels. Les dégâts sont évalués à 3.000 francs. Chalopin a été arrêté. Il est atteint d'aliénation mentale. (*Le Temps* du 29 avril 1899.)

Bourneville. — *Des épileptiques et de leurs accès. Rôle de l'infirmière.* — Brochure in-18 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés : 0 fr. 40. — Bureaux du *Progrès médical.*

Clerici (A.) et Medea (E.). — *La malattia di Parkinson e l'eredo-familiarita* (Note cliniche). — Brochure in-8°, de 23 pages. — Milan, 1899. — Tamlori et Cie.

Couto Maia (A.). — *Consideracoes sobre as polinevrites encaradas a luz da Moderna concepcao.* — Volume in-8° de 93 pages. — Bahia, 1898. Imprensa popular.

Cullerre. — *Rapport sur le traitement familial des aliénés.* — Brochure in-8° de 18 pages. — La Roche-sur-Yon, 1898. — Ivonnet, imprimeur.

Graham Brown J.). — *Notes on the treatment of diseases of the nervous system.* — Brochure in-8° de 12 pages. — Edinburgh, 1899. — *The Scottish Medical and Surgical Journal.*

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Juillet.** *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

EXPLICATION DES PLANCHES.

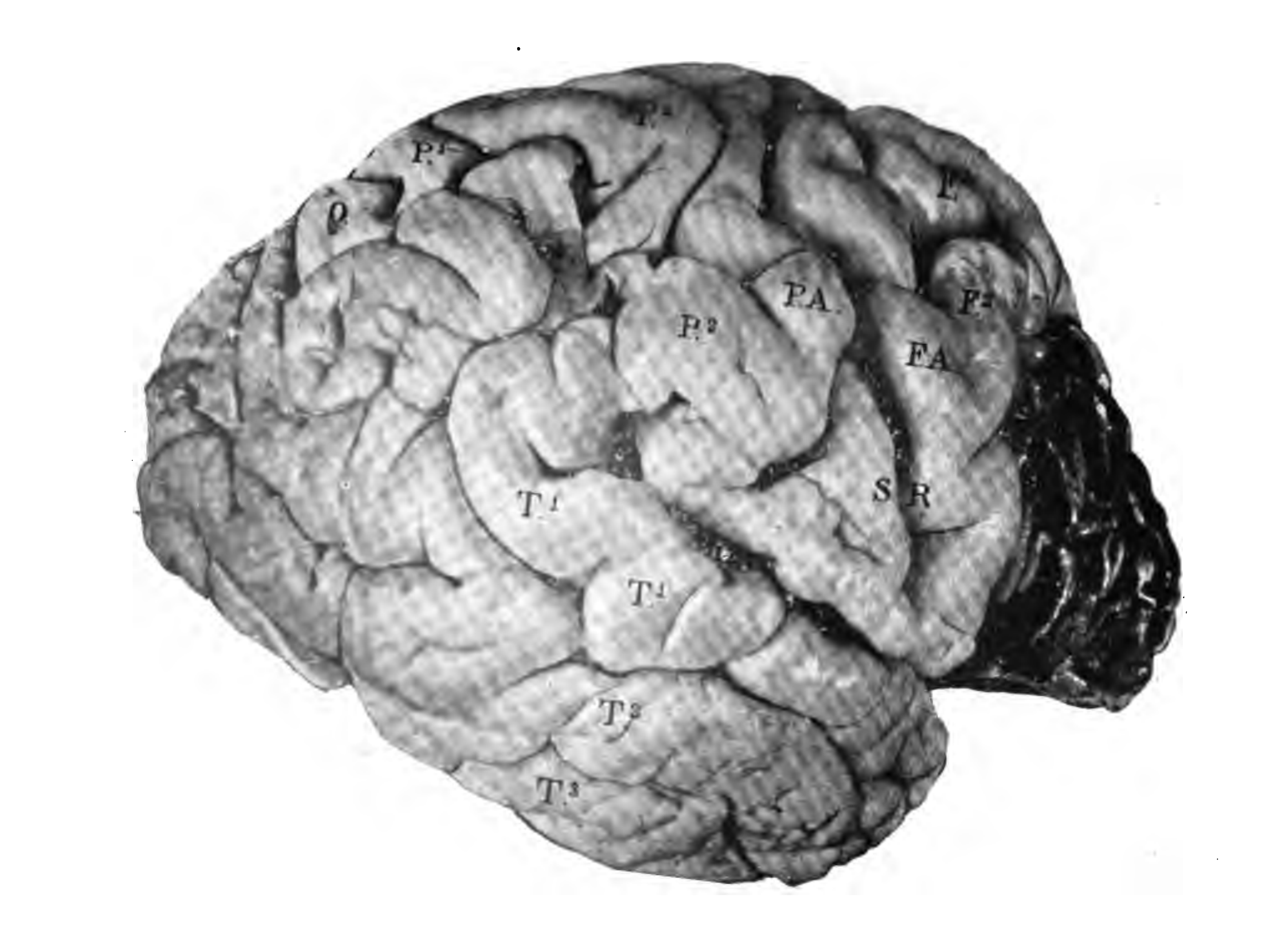
PLANCHE I

Coupe du crâne dans un cas d'*atrophie* considérable des lobes frontaux du cerveau.

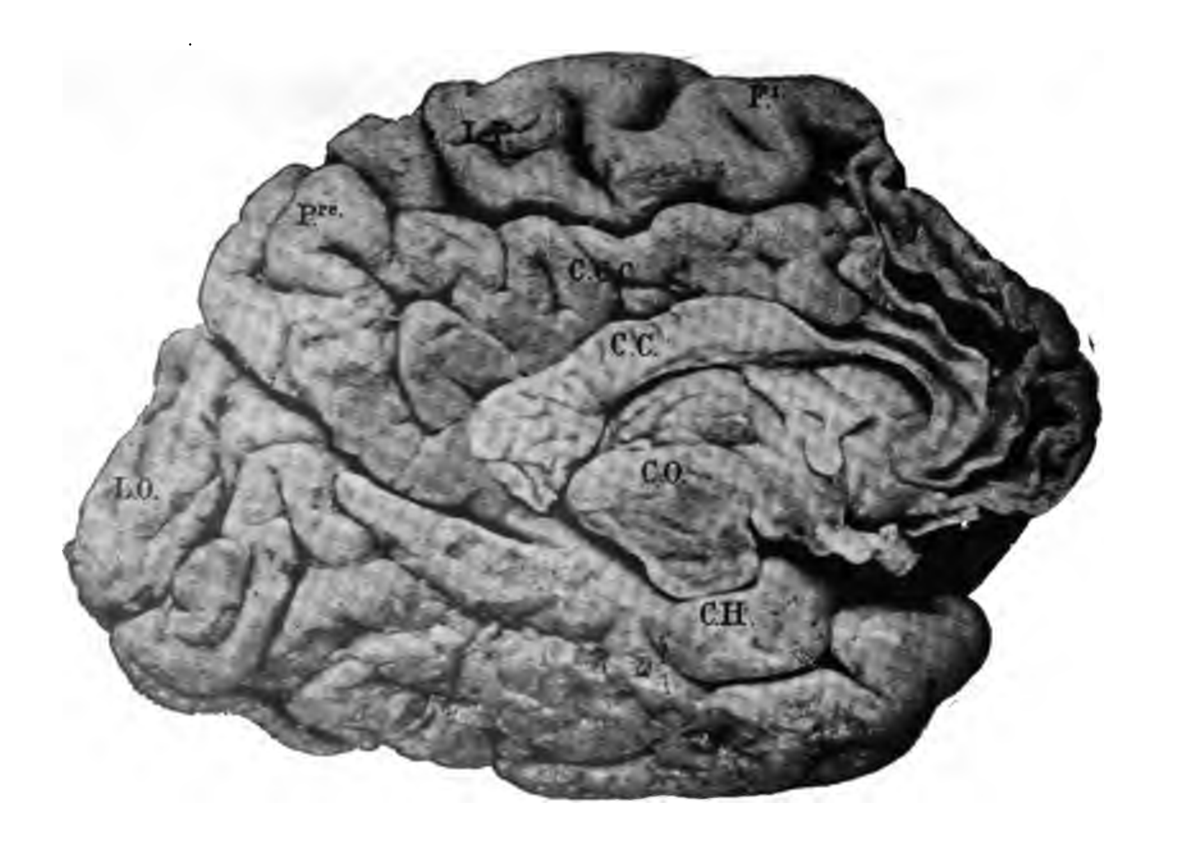
PLANCHES II, III, IV, V

Elles représentent l'*atrophie scléreuse*, à un très haut degré, des *lobes frontaux* du cerveau.


T3



P¹
O
F
PA
P²
F²
FA
T¹
S R
T¹
T²
T³



F¹
Pre.
C.C.
C.O.
C.H.
L.O.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 699.

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY	V. MAGNAN	F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.	Membre de l'Académie de médecine Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).	Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

MM. ATHANASSIO, BABINSKI, BALLET, BERNARD (R.), BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BONNE, BOSC, BOURDIN, BOYER (J.), BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CATSARAS, CHABBERT, CHARON, CHRISTIAN, COLOLIAN, COULONJOU, COURMONT, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DUCAMP, DUVAL (MATHIAS), FARNARIER (F.), FAUCHER, FERE (CH.), FENAYROU, FERRIER, FRANCOTTE, GILLES DE LA TOURETTE, GARNIER (S.), GENTÈS, GOMBAULT, GRASSET, JOURDAN, KERAVAL, LANDOUZY, LEGRAIN, LEROY (R.), LWOFF, MABILLE, MARIE, MIERZEJEWSKY, MIRALLIÉ, MONGOUR, MUSGRAVE-CLAY, NOIR, PIERRET, PITRES, REGIS, REGNARD (P.), RÉGNIER (P.), RICHER (P.), RELLAY (P.), ROTH (W.), ROUX (J.), SÉGLAS, SÉRIEUX, SOLLIER, SOUQUES, SOURY (J.), TEINTURIER (E.), THULIE (H.), URRIOLA, VALLON, VEDEL, VERGER (H.), VILLARD, VOISIN (J.), YVON (P.).

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaires de la rédaction : **J.-B. CHARCOT et J. NOIR**

Dessinateur : **LEUBA**

Deuxième série, tome VIII. — 1899.

Avec 6 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes*

1899

Vol. VIII. Juillet 1899. N° 43

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

L'IDÉE FIXE;

Par le Dr P. KERAVAL,
Médecin directeur de l'asile d'Armentières (Nord).

Historique.

Préciser le sens et la valeur actuels du symptôme connu sous le nom d'idée fixe, peut-être un peu oublié de nos jours, en tracer les rapports avec l'état mental normal et les principales formes psychopathiques dans lesquelles il se montre, tel est le but de cette étude.

L'importance des premières descriptions des maladies mentales faites par les maîtres français, en des ouvrages immortels, grandit de jour en jour, à raison même des détails et des aperçus, quelquefois distincts, dont on se plaît partout en France et à l'étranger à compléter en quelque sorte leurs œuvres. L'Allemagne, qui s'est d'abord inspirée, et pendant longtemps, de leurs travaux traduits et commentés par ses premiers sujets, a bientôt énormément produit dans le sens que nous indiquons ; ce sont tantôt des livres d'ensemble examinant les psychoses sous des jours incontestablement originaux bien que parfois assez obscurs, tantôt des mémoires dans lesquels un luxe d'analyse donne souvent l'illusion d'une pénétration complexe quelque peu étrange.

En ce qui concerne l'idée fixe, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que le terme est passé tel quel dans

toutes les langues en subissant à peine l'adultération de mise en pareils cas.

En lisant, par exemple l'*Allgemeine Psychopathologie* d'EMMINGHAUS, on constate la place honorable réservée par l'auteur allemand dans ce volume aux *fixe* (*inhaltlich falsche*) *Ideen*[1].

Puis, comme en France et en tout autre pays, on se préoccupe moins des idées fixes jusqu'au jour où M. WERNICKE reprend le problème sous le nom d'idée *prévalente* (*überwerthige*), en 1892[2]. Cette dénomination particulière appuyée d'une théorie spéciale suscite des communications de MM. SELLE[3] et NEISSER[4] à propos d'une question qui devient à l'ordre du jour ainsi qu'on peut s'en convaincre en étudiant comparativement le mémoire de M. SNELL[5].

En 1894 et en 1896 WERNICKE[6] publie l'objet systématique de son enseignement, tout à fait original, et expose dogmatiquement sa façon de penser sur l'idée fixe ou prévalente. Ses manières de voir ne sont cependant point partagées par M. KŒPPEN[7] qui combat la valeur du terme, et repousse la nécessité de son maintien, contre M. FRIEDMANN[8]. Elles sont enfin examinées en trois articles successifs par L.-A. KOCH[9].

L'intérêt qui s'attache, comme le montreront les développements ultérieurs, à tout un faisceau de problèmes soulevés par l'idée fixe, nous a engagé, à approfondir, autant que possible, les éléments divers qu'elle met en jeu. Favorisé par la présence dans notre service d'un certain nombre de mala-

[1] Leipzig, in-8°, 1878, p. 202.

[2] *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 23 juin 1892. — LX° Congrès des aliénistes de l'Est de l'Allemagne; session de Breslau, 26 novembre 1892, in *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, t. LI, 1894.

[3] LXII° Congrès des aliénistes de l'Est de l'Allemagne; session de Sorau, 25 juin 1893. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, t. LI, 1894.

[4] LXI° Congrès de l'Est de l'Allemagne ; session de Breslau, *loc. cit.*

[5] *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, XLI. 4.

[6] *Grundriss der Psychiatrie*, 1re partie, Leipzig, in-8°, 1894; 2° partie, Leipzig, in-8°, 1896.

[7] *Société psychiatrique de Berlin*, 15 décembre 1894. L'idée prévalente et ses rapports avec le délire des persécuteurs processifs.

[8] Contribution à la connaissance et à l'intelligence des délires bénins et à courte évolution. *Neurologisches Centralblatt*, t. XIV, 1895.

[9] *Centralblatt für Nervenheilkund.*, t. XIX. N. F., VII, 1896. Les idées prévalentes.

des caractéristiques, nous en avons, le plus que nous avons pu, dégagé les termes, et sur notre invitation, M. G.-R. LAURENT, interne à l'établissement, a écrit sur ce sujet sa thèse inaugurale [1] qui a été récompensée par la Faculté de Lille.

Exposons donc maintenant les points fondamentaux de la question.

Généralités.

Le mécanisme des idées délirantes et, par suite, du délire, n'est point facile à élucider. Peut-être n'en saisissons-nous pas bien le jeu parce que nous ne nous attachons pas suffisamment à bien observer, à observer en médecins ce qui, normalement se passe dans le fonctionnement des idées et des sentiments, dans les facultés mentales. Sans doute toutes les littératures nous fournissent des types d'observation de ce genre ; mais il ne faut pas oublier que les descriptions et les réflexions des auteurs qui ont étudié l'humanité et les milieux sociaux sont le produit d'esprits, évidemment cultivés, évidemment parfois assez fins pour s'immortaliser par la vérité des types qu'ils décrivent, mais ne procédant pas de la méthode scientifique et étrangers aux habitudes d'analyse inculquées par la précision des connaissances scientifiques. Nous n'avons pas la prétention de faire mieux. Qu'on nous permette simplement de consigner ici quelques considérations relatives à notre sujet.

Quelle est la définition crue de l'idée fixe ? L'idée fixe est une idée qui apparait dans le cerveau et n'en sort plus. Les profanes ont consacré cette expression qui, pour eux, est synonyme de folie, ou peu s'en faut. Serrons-en de près les aspects en nous basant sur l'observation des faits.

Avant tout, un homme qui a une idée fixe n'est point par cela même un fou ; sinon, comme nous l'allons voir, il n'y aurait plus de mobile suivi des actes dans le domaine de la pensée.

Quand l'explorateur Livingstone, de condition modeste, dépourvu de ressources et de moyens d'action, se propose, tout jeune, de devenir assez instruit pour se livrer *efficacement* à l'étude des régions inconnues, il a une idée fixe. Quand

[1] *L'Idée fixe et son rôle en pathologie mentale.* Lille, in-8°, 1898.

un enfant fixe à son avenir le but de telle ou telle profession, il a une idée fixe. Les idées prévalentes de pudeur, d'honneur, de probité, etc. (Wernicke) sont autant d'idées fixes.

La crainte d'un insuccès, de la malveillance des autres, aux examens ou dans toute autre démarche, l'appréhension du ridicule, de la gaucherie, de la maladresse, constituent souvent un groupe de préventions, de doutes, de terreurs, contre soi ou à l'égard de ses semblables, qui représentent une série d'idées fixes.

Le désir de parvenir, l'image mentale de quelque complication, de quelque événement prévu ou imprévu, d'un concurrent, d'un adversaire se présente toujours à l'esprit d'une façon soutenue et, par conséquent, entraine des idées fixes de grandeur et de persécution sociales. Seulement ce sont toutes des idées fixes physiologiques, normales, qui deviennent le pivot de l'activité humaine. Pourquoi?

Parce que l'individu qui les fabrique ne les regarde pas comme évidentes, indiscutables, par elles-mêmes, sans les contrôler. Celui qui les pense, les analyse ; il en creuse en rumine, sans trouble, la base même ; il les vérifie méthodiquement, et, s'appuyant sur des motifs plausibles, il les légitime, s'il y a lieu, ou non, ultérieurement. Il fonde alors sur ces idées sa règle de conduite. Ce qui domine surtout dans l'idée fixe physiologique, c'est qu'elle ne s'impose pas à la conscience. Tout au contraire, elle appelle le contrôle du sujet.

Pour se hisser, par exemple, à la situation à laquelle il atteignit, Livingstone se rendit compte de tout ce qu'il avait à apprendre. Et, par des procédés, pénibles pour lui, mais accessibles, il arriva à son but. Il ne s'imagina pas qu'il était déjà ce qu'il fallait qu'il devînt. Il ne perdit pas le sens de la réalité et des moyens de modifier cette réalité, quelque grandes que fussent les difficultés à vaincre. Il se mit patiemment au contraire et énergiquement en quête des voies et moyens pratiques de s'instruire, et, plus tard, des voies et moyens pratiques de voyager dans les régions inexplorées.

Ainsi font, chacun dans sa sphère, les enfants, les jeunes gens, les hommes qui ambitionnent l'exercice d'une profession qui leur sourit, qui brûlent du désir d'inventer, d'illustrer leur pays ou de tenter quelque projet utile.

Prenons maintenant les idées prévalentes inculquées par

l'éducation, qui servent de norme à la conduite de la vie. Leur raison d'être est, à l'origine. l'objet d'une explication rationnelle dans l'intimité du Moi; la nécessité de s'y conformer apparait à l'esprit comme la base de l'ordre et du relèvement de l'humanité.

Quant aux idées d'appréhension, de mauvaise humeur, de dépression, qui se traduisent par la crainte d'être mal apprécié, d'être entouré d'envieux, de gens pernicieux, quant aux idées d'espérance, d'élévation, de protection, de passions ou d'antipathies partagées, elles s'accompagnent, elles aussi, chez les gens normaux, toujours de l'intervention du jugement qui, par un mécanisme naturel, inévitable, s'intercale entre les réflexions suscitées par l'idée fixe de grandeur ou de persécution physiologique, et incite précisément au contrôle de la réalité de cette idée. C'est le jugement qui modère les imputations tendant à en préciser la légitimité et en examine le bien ou le mal fondé; c'est lui qui empêche qu'elles ne s'imposent à la conscience comme si elles étaient vraies, qui, par conséquent en atténue les conséquences sur les actes, qui refrène l'imagination portée à tracer une ligne de conduite logique mais erronée et exagérée en rapport avec les idées en question.

L'état de l'humeur correspondant à ces idées, qu'il les provoque ou qu'il soit provoqué par elles, n'est, en ces conditions, que momentané malgré la fixité de l'idée. Il n'est, en tout cas, que conditionnel, en vertu de l'intervention du contrôle psychique, du sens critique. Or, c'est sur l'état de l'humeur que Wernicke appuie principalement sa théorie, sinon nouvelle, au moins ingénieusement reprise et soumise à de nouveaux développements.

Ce qu'il importe de souligner pour le moment c'est que la vie normale a pour base l'idée fixe physiologique. Il y a donc deux espèces d'idées fixes. Une idée fixe physiologique et une idée fixe pathologique.

Division des idées fixes.

Quelques idées, dit Laurent, qui, loin de fuir comme les autres idées, aussi rapidement qu'elles, surgissent, fixent l'attention et deviennent elles-mêmes, la source d'autres associations d'idées, présentent déjà un élément de fixité. Si l'une

d'elles prend une importance exceptionnelle, et s'impose à l'esprit elle a le caractère de la fixité.

Elle devient alors le centre d'irradiation des états de conscience, *sans cependant en entraver le cours*, mais s'impose réellement à l'esprit.

IDÉES FIXES PHYSIOLOGIQUES. — Il en est toutefois de l'idée fixe, comme des obsessions. Il existe des *idées fixes normales*, comme il existe des *obsessions normales ;* ces dernières sont des images mentales qui détournent l'attention parce qu'elles n'ont rien de commun avec ce qui préoccupe. Mais l'idée fixe physiologique diffère de l'idée obsédante physiologique en ce qu'elle n'apparait point *ex abrupto*, sans préparation du fond de l'inconscient. S'il est quelquefois difficile d'en retrouver l'origine autrement que dans une impression profonde, le plus souvent elle repose sur tout un ensemble de faits saillants, de circonstances propres à l'individu qui l'a conçue. Elle est l'aboutissant régulier, naturel, de toute une série d'associations d'idées combinées et convergeant vers le même but, la conclusion logique d'un raisonnement et prend une base certaine et sûre dans l'ensemble de l'existence antérieure du sujet qu'elle résume. Celui-ci, en pleine conscience, la retient parce qu'elle a une relation plus directe avec ses tendances psychiques, y consacre son attention, l'étudie, la raisonne, se l'assimile.

Peut-on attribuer à l'idée fixe physiologique l'épithète de *prévalente*, synonyme, pour WERNICKE d'idée fixe ? Si l'on entend par là que l'idée formule un but qui guide tous les actes, un projet vers lequel tendent toutes les pensées, une cible sur laquelle s'orientent toutes les forces de la volonté et de l'intelligence, on la peut conserver. L'idée fixe ou prévalente normale a en effet pour caractère que le passé de l'individu qui la nourrit, lui donne une allure personnelle. Tantôt on en trouve la source dans l'éducation, l'instruction, les études préalables ; tantôt c'est dans le caractère du sujet, dans le milieu où il a vécu, ou avec lequel il a été en contact. Toujours, quelle que soit l'empreinte personnelle dont l'idée fixe est modelée, quel que soit le mode d'activité de l'intelligence, il y a de la part de l'individu qui l'a engendrée adaptation ou essai d'adaptation normale à la réalisation de l'idée.

Idée directrice (*Leitmotiv*), raisonnée et consécutive, abou-

tissant naturel et logique de l'ensemble des phénomènes qui concourent à former le Moi, l'idée fixe vise un but; l'individu, pour l'atteindre, emploie des moyens dosés d'après la difficulté du but. Cela ne veut pas dire que ce but soit toujours possible : il est quelquefois en disproportion avec les moyens de l'individu. Quelquefois même ce but est impraticable. C'est l'histoire de certains inventeurs malheureux. Les uns s'obstinent, malgré l'impraticabilité du projet ; or ce projet est impraticable, tantôt parce que les éléments n'en ont pas été suffisamment étudiés, tantôt parce que l'inventeur ne se rend pas compte de la véritable impossibilité actuelle de trouver les éléments qui lui manquent, ou de les appliquer pour le moment. L'inventeur est simplement dans l'*erreur*, mais la disproportion et l'illusion du but demeurent physiologiques parce que l'idée n'est ni délirante ni absurde en soi. Qui eût dit, il y a quelques années qu'il n'y avait pas de gaz permanents eût été tenu pour fou ; la plupart des thèmes imaginaires de Jules Verne commencent à sortir du néant ; il n'est pas jusqu'à la constitution moléculaire des métaux qui, remaniée, ne fasse entrevoir aujourd'hui la voie de la transmutation jadis considérée comme une utopie. Ce qui montre l'absurdité, voisine du délire, de ceux qui jadis ont préconisé la poursuite de ces découvertes, ce sont les procédés empiriques grossiers ou incohérents qu'ils prétendaient employer pour réaliser ces désiderata, et les essais alchimiques, encore dépourvus de méthode scientifique, qu'ils faisaient. Quant à ceux qui affirmaient sans preuves avoir découvert ce qu'ils ne pouvaient démontrer, c'étaient ou des imposteurs ou, précisément, des fous, ainsi qu'on va le voir à propos des idées fixes pathologiques. Quiconque, en tout cas, témoigne de l'orientation logique d'une idée possible par un organisme psychique normal et fonctionnant régulièrement, est sous l'influence d'une idée fixe physiologique.

IDÉES FIXES PATHOLOGIQUES OU DÉLIRANTES. — Il est des transitions, parfois insensibles, entre les idées saines et les idées délirantes, c'est entendu ; mille exemples ont été de cela publiés partout. Parmi les inventeurs malheureux dont nous parlions tout à l'heure, il en est qui sont malades. Nous avons été personnellement en relations avec quelques-uns de ceux-là. Nous nous rappelons en avoir connu un qui avait inventé une machine à traction ; il plaçait des chevaux dans l'intérieur

d'un wagon ; on les faisait tourner ou marcher sur place attelés qu'ils étaient à un appareil qui, à l'aide de plusieurs engrenages, communiquait le mouvement à l'une des roues du wagon. Telle était la machine destinée, je ne sais plus pourquoi, à remplacer la locomotive. Ce malheureux avait dépensé une somme assez forte, tout son avoir, à exécuter son invention. Qui n'a vu à l'Exposition Universelle de 1889, la locomotive à pieds d'éléphants articulés. *A priori*, et sans qu'il soit besoin d'être grand clerc, on a des raisons de penser que c'étaient là des inventions futiles auxquelles avait certainement présidé un sens critique défectueux ; le mobile en était formé d'idées fixes normales et pathologiques, trahissant déjà un affaiblissement du jugement. Ajoutons que l'un de ces inventeurs avait possédé à une certaine époque une situation stable lui permettant de vivre très confortablement, et de continuer à créer, si telle était sa fantaisie, des machines de ce genre ou d'un genre plus utile, sans demander l'aide de personne; or, par suite d'une aberration indéniablement vicieuse, pour se consacrer tout entier à la fougue de son imagination créatrice, en homme supérieur qu'il se croyait, il avait, sans motif aucun, abandonné le pain abondant de chaque jour pour errer à la recherche du veau d'or que devaient infailliblement lui rapporter ses trouvailles. N'est-ce point la déviation pathologique d'une idée fixe déjà entachée de morbidité ?

Il est des cas où la différence entre l'idée saine et l'idée délirante est plus difficile à apprécier parce que, pour la déceler, il faut pouvoir disposer de connaissances professionnelles et techniques, ou contrôler les assertions de l'individu. Le médecin à qui l'on présente un mémoire d'algèbre et de mécanique illustré de dessins compliqués est bien embarrassé. Que répondre à celui qui affirme descendre d'une grande famille, être l'objet de tracasseries, avoir été en butte aux obsessions d'une héritière, etc ?...

Heureusement qu'une idée fixe délirante, fût-elle seule, est, ainsi que l'évolution nous le démontre, incompatible, longtemps au moins, avec l'intégrité de l'esprit. Les bizarreries et les excentricités que les gens du monde classent souvent encore dans le domaine de l'état normal, sont, parfaitement et à juste titre, aujourd'hui regardées comme des anomalies déjà graves. *A fortiori* l'idée délirante. Il est démontré qu'à

la base, il existe une profonde perturbation de la conscience, du jugement, de la raison.

Le premier argument en faveur de cette thèse est que l'individu ne reconnait pas son erreur, ne la rectifie pas. La logique et la méthode avec lesquelles les malades de cette espèce défendent, fréquemment, d'une façon fort ingénieuse, leur idée délirante, indiquent que le mécanisme même de la pensée n'est pas atteint, qu'il n'y a pas dissociation des facultés. Mais ce mécanisme et ses rouages, s'ils continuent à marcher en vertu de l'exercice antérieur et de l'habitude, aboutissent, appliqués à l'idée fixe, à des erreurs systématiques. Les prémisses de l'idée fixe, l'idée fixe quant à sa teneur (*inhaltlich*), n'ont pas été soumises à l'action du mécanisme logique qui en eût décelé la fausseté ; le malade les tient pour vraies et il raisonne sur cette soi-disant vérité, en en tirant les conséquences qu'elle comporte. C'est *justement parce qu'il n'admet pas le principe de la vérification préalable qu'il a une idée fixe pathologique*. En d'autres cas, il tire des conséquences fausses d'une idée prévalente exacte, par application du mécanisme logique, mais en faisant intervenir un élément conséquentiel faux, admis par lui pour vrai; c'est alors cet élément conséquentiel qui est la déviation pathologique d'une idée prévalente physiologique, et se substitue à celle-ci; c'est cet élément conséquentiel qui devient l'idée fixe pathologique. Plus tard, l'affaiblissement intellectuel se met de la partie, et avec lui apparait la dissociation pathologique du mécanisme logique, mais bien plus tard.

L'idée fixe ou son dérivé immédiat prend donc le caractère délirant ou pathologique lorsque le sujet en est faux et impossible par rapport à celui qui l'émet.

Mécanisme des idées fixes.

On nous enseigne d'ordinaire que *normalement* nous acquérons des idées justes, soit en tirant des jugements et conclusions de prémisses données, par le fonctionnement régulier des facultés d'idéation et de combinaison, soit en interprétant et en élaborant dans le champ de la conscience des perceptions sensorielles de toute nature. De là à dire que l'idée délirante pouvait émaner de l'intelligence ou des sens,

il n'y avait qu'un pas. Faux jugements ou fausses conclusions tirées de fausses prémisses ou de prémisses vraies — interprétation fausse de perceptions vraies transformées par le Moi — interprétation correcte de fausses perceptions — telles sont les combinaisons qui se présentent à l'esprit du psychologue.

Mais la genèse de l'*idée fixe pathologique* est presque toujours issue d'un *trouble intellectuel primitif*. L'hallucination est rare au début; quand elle existe, elle ne survient, en général, que tardivement, pour corroborer, compléter, illustrer (Laurent), l'erreur du malade, renforcer, pour ainsi dire le trouble cérébral ; l'*hallucination n'est pas la cause propre de l'idée fixe*.

Nous avons précédemment touché un mot du trouble intellectuel en question. Mais nous n'en avons pas décrit par le menu les ressorts.

Normalement le *mécanisme de la cogitation* est considéré comme le produit d'une sorte de rayonnement des idées en tous sens. Ce poly-idéisme physiologique, par associations à rayons multiples, suit cependant, d'après Wernicke, un certain ordre, sans lequel la conscience n'est point saisie, n'est point meublée, si l'on veut, des idées qui doivent, en définitive, en constituer la teneur, former, en d'autres termes, le Moi pensant. Ainsi s'expliquerait comment le poly-idéisme physiologique du rêveur, se coordonne et s'oriente quand le rêveur se ressaisit, réfléchit, devient attentif et travaille. Cet ordre des associations conceptuelles serait, en quelque sorte préformé. Il correspondrait à l'ordre dans lequel, à l'origine, se sont emmagasinées et associées les conceptions; pour tous les individus, en effet, l'association des idées, aurait, dès le début de la vie mentale, suivi une orientation préalable à peu près identique. Le monde extérieur s'est gravé dans la conscience, s'y est reflété, en conservant aux objets l'ordre et la succession naturels que leur a donnés la nature. Les idées d'eau, de glace, de vapeur d'eau s'associent dans l'esprit en un ordre déterminé par l'expérience du froid et du chaud ; la sensation cutanée du froid éveille l'idée que l'eau se congèle ; l'association d'idée conjointe du thermomètre fait intervenir une perception optique. Aux associations conceptuelles plus compliquées que nous apprenons des personnes qui nous entourent, correspond encore un ordre

préétabli qui, lui, vient de l'imitation ; l'instinct mimétique nous a appris à nous servir des sens les plus grossiers, à apaiser notre faim. L'ordonnancement déterminé des conceptions, a trouvé, à une certaine époque du développement, un instrument très efficace dans la parole articulée qui a fixé les rapports délicats et exacts qui existent entre les notions d'objets concrets, entre celles-ci et les événements ou les actes (le temps), ainsi que la situation de la personne agissante. Par la parole ont été inventés les termes abréviatifs d'associations plus complexes ou notions abstraites, souvent purement verbales, telles que l'amour, la crainte, l'angoisse, l'espérance, le chagrin, expressions qui résument des événements comparables à la notion d'objets concrets. Tout, y compris la structure de la proposition, l'enchaînement logique des phrases, concourt normalement à régulariser la pensée au cordeau. Penser ou répondre à une question, c'est trouver une idée initiale qui mette en mouvement l'ensemble des chaînons antérieurement acquis ou associés qui, jadis, avaient présidé à la mise en train des autres idées, et qui vous font trouver l'idée finale.

Qu'est-ce qui peut troubler cette régularité ? Wernicke n'hésite pas à accuser l'émotivité, l'affectivité, le sentiment du plaisir ou de la douleur indéfinissable que chacun connaît. Il dit que toute activité cogitative normale est liée à un léger degré de ce mouvement affectif intérieur. En dehors des émotions proprement dites qui troublent évidemment l'activité de la pensée, il est des idées dont le texte s'allie à un sentiment de plaisir ; d'autres, à un sentiment de déplaisir. Une suite d'idées dont le texte a eu pour l'individu un avantage (éducation, formation du caractère) s'allie à un vif sentiment de plaisir. Il en est au contraire d'autres que l'individu a acquises dans des conditions telles qu'elles lui ont causé un sentiment désagréable. Il faut encore tenir compte de la plus ou moins grande fréquence d'utilisation de certains groupes de conceptions qui influence l'activité de la pensée, la répétition des mêmes vibrations physiologiques correspondantes, la reproduction et le rappel des mêmes idées.

Ces conditions sont particulièrement claires quand il s'agit de séries d'idées qui peuvent, pour l'homme, devenir des motifs d'action. C'est par elles que celui qui les pense apprécie ses conceptions *ad valorem* d'après leur teinte senti-

mentale, d'après la spécificité des vibrations physiologiques et affectives qu'elles lui causent, et qu'ainsi il les range, les gradue, en vertu de l'impression préformée que chacune lui a causée, à leur valeur. Quand donc une idée se présente à notre esprit comme supérieure aux autres, si elle prévaut dans notre esprit, c'est que nous jouissons de la faculté d'en apprécier le pourquoi et d'en rectifier au besoin l'exagération par l'estimation du pour et du contre. Toutefois, l'activité de la conscience, qui nous donne l'appréciation de la valence normale des conceptions, est déjà troublée à l'état normal, lorsqu'on est en proie à de certaines conceptions préyalentes telles que l'honneur, la pudeur, la pureté, qui sont *à priori*, pour les gens éduqués des motifs directeurs de leurs actes. Mais il y a encore loin des idées prévalentes physiologiques aux idées prévalentes pathologiques, car dans le premier cas les éléments précédemment exposés du sens critique subsistent.

L'idée prévalente pathologique au contraire n'est pas du tout considérée par le malade comme une intruse, une étrangère, ayant pénétré, malgré lui, dans sa conscience. Elle lui apparaît comme l'expression de sa propre nature, et il combat pour sa réalisation, convaincu que, ce faisant, il lutte pour sa propre personne. Sans doute, souvent, on l'entend se plaindre de ne pouvoir penser à autre chose, mais il la considérera néanmoins comme normale, justifiée, expliquée complètement par son mode de production. Le meilleur exemple de ce fait est fourni par l'installation du délire systématisé. Une transformation intellectuelle s'effectue qui présente au malade que sa personne est menacée. Il éprouve un sentiment d'inquiétude et de perplexité comparable au sentiment d'inquiétude, de perplexité, de demi-angoisse psychique qu'éprouve chacun de nous parfois, sans motifs, avant de faire une démarche, surtout avant une démarche, sinon importante, au moins considérée comme telle. Nous autres, sujets sains, nous le dissipons par un examen attentif des idées vraies opposées aux idées antagonistes, par un raison nement à l'appui duquel se présentent des arguments contraires, nous nous remettons, comme on dit. Chez le sujet transformé, comme nous l'avons indiqué, à son insu, rien de semblable ne se passe ; tout au contraire, il éprouve un sentiment de vide dans le champ de la conscience : une agitation

intérieure arrive, s'accroît, se développe ; la tension psychique s'en mêle et, avec elle, une explication évolue, se déroule, l'idée fixe devient de plus en plus forte, par suite de cette explication qui lui semble satisfaisante.

A côté de cela, il est des cas dans lesquels l'idée fixe paraît en contradiction trop vive avec les anciennes idées, le malade éprouve alors une sorte de besoin de vérification de la réalité de cette idée nouvelle ; bientôt cependant, malgré lui, l'idée s'enracine, la critique et la réflexion affaiblies demeurent impuissantes au travail de la vérification.

Finalement, les associations d'idées ne rayonnent plus dans les sens d'abord multiples puis ordonnés qu'elles devraient normalement prendre ; elles convergent sur un unique but. Des jugements faux, de fausses combinaisons d'idées sont fabriqués et aboutissent fatalement à des conclusions erronées.

Nature des idées fixes.

L'idée fixe pathologique reflète, en certains cas, l'état d'esprit habituel du malade et ses tendances ; on y peut surprendre l'action des intérêts, du milieu, du genre d'occupations sur elle ; les persécutés par le diable, les francs-maçons, les jésuites appartiennent à cette catégorie. Mais il est loin d'en être toujours ainsi. Nombreux sont les cas dans lesquels, sous l'influence peut-être d'une transformation des sentiments et des intérêts habituels du patient par le trouble qui conduit à l'idée fixe fausse ou pathologique, le malade manifeste de nouveaux sentiments d'une tout autre direction, voire diamétralement opposés à ses idées ordinaires. C'est le pendant des faits dans lesquels l'idée fixe constitue l'hypertrophie du caractère normal.

Que vaut dans l'espèce la théorie de WERNICKE, sur le rapport entre l'idée et l'affectivité. Nous avons vu que, pour lui, il n'y a pas d'idée normale qui n'entraîne une appréciation sentimentale. Par suite, il y aurait entre les sentiments habituels du malade et les conceptions fausses qu'il forge les plus étroits rapports. Si l'on veut dire, par là, qu'un faux jugement d'un individu normal comporte un cortège de sentiments (crainte, espérance, opinions préconçues) et qu'il en est de même d'un jugement normal, c'est possible. Et,

en tout cas, il est certain qu'à l'idée fausse pathologique se rattachent toujours des sentiments de plaisir ou de peine exagérés ; les idées délirantes, concernant la personnalité physique et mentale du sujet, sont toutes accompagnées d'évaluations d'intérêts qui se sont éveillées d'emblée en lui ou qui ont été mises en éveil par une fabrication pathologique. Dans l'état de poly-idéisme physiologique, il y a, pour ainsi parler, indifférence ou contrebalancement des sentiments qui accompagnent les idées ; l'affectivité est, en revanche, plus particulièrement excitée par une idée fixe normale; elle est exagérée unilatéralement par une idée fixe pathologique, et c'est cette évaluation sentimentale *prévalente* qui rend le délirant d'abord égoïste, *égocentrique*, et, à cause de cela, si dangereux. Sous cette influence, en outre, la sphère intellectuelle inconsciente, excitée par des troubles fonctionnels organiques extra-cérébraux, réagit directement sur l'organe psychique et l'interprétation fausse, allégorique et imaginaire des sensations éprouvées colore défavorablement la nature des idées exprimées.

Caractère des idées fixes.

L'idée fixe normale repose donc sur tout un ensemble de faits saillants et de circonstances particulières à l'individu ; elle prend une base solide dans sa situation sociale, son éducation, ses études, et sur l'appréciation correcte des éléments actuels de celles-ci ou de leurs perfectionnements.

L'idée fixe pathologique ne se rattache jamais qu'à quelque degré au bagage des connaissances antérieures ; le plus souvent, elle est en opposition, en contradiction immédiate avec le milieu où l'individu a l'habitude de vivre, elle n'a, en tout cas, que des rapports éloignés, douteux ou transformés par l'esprit du patient, avec ses vues antérieures ; elle manque le plus ordinairement de raison d'être chez celui qui la formule. Un ouvrier se prétend d'une famille princière ; une dame se dit recherchée ostensiblement ou indirectement par un monsieur qui n'a jamais pensé à l'épouser et *tutti quanti*.

L'absence de base, la futilité, la déraison de l'idée fixe pathologique sont frappantes. La conscience du sujet l'admet

malgré cela, ce qui prouve que le sens critique ne fonctionne pas ; bien plus, loin de disparaître comme disparait l'erreur commune quand elle est soumise à l'étude du jugement, elle est tenace, en dépit de son absurdité même.

L'idée fixe pathologique n'est pas consécutive et travaillée comme l'idée fixe normale ; elle émerge presque toujours *ex abrupto* sans avoir été ni préparée ni naturellement amenée par des combinaisons de raisonnements. C'est évidemment une lacune, un trouble dans le fonctionnement de l'enchainement des idées au point de vue mécanique et syllogistique qui en amène l'éclosion, *soudaine*, *inattendue ;* aussi est-elle *irrationnelle*, *illogique*. Elle sert alors de canevas à la faculté logique qui, sur ce thème, travaille comme sur une base vraie. Elle s'installe dans le champ de la connaissance, devient *stable*, *adhérente*, s'associe au réseau de l'idéation dont elle fait désormais partie. Une idée fausse ordinaire, au contraire, disparaît complètement à la lueur du jugement momentanément obscurci, et cette disparition sert de palladium, de préservatif, contre des erreurs à venir.

M. Wernicke rattache la date des conceptions prévalentes pathologiques, à des souvenirs de n'importe quel événement ou d'une série d'événements particulièrement troublants, tels que des intérêts lésés dans une affaire d'héritage, la nouvelle du suicide d'un ami, la perte d'un mari, les attentions mal interprétées d'un monsieur à l'égard d'une vieille fille, les reproches infructueux d'une femme au sujet d'une habitude insignifiante de son époux, le souci de la conversion d'une personne égarée, une injustice fictive ou réelle vivement ressentie, un jugement ou une condamnation — tous événements ayant déchainé la colère, la mortification, l'affliction, le dégoût, l'excitation sexuelle ; mais l'auteur allemand ajoute que « tout événement peut du reste conduire à une idée prévalente, et qu'en ce cas, l'événement en question n'a rien à voir avec l'espèce du trouble émotif ». Inversement des idées prévalentes normales peuvent déterminer une attitude morbide ; ainsi en est-il des gens qui se suicident après la perte de leur fortune, à la suite d'un jugement qui les déshonore, par désespoir de la mort d'une personne chère ; ils ne sont pas aliénés, mais exécutent un acte anormal. Ces opinions corroborent les nôtres.

Étude clinique.

A. Physiologie pathologique. — L'idée fixe pathologique est un symptôme de perturbation profonde des facultés. Quelle est la première origine matérielle de sa genèse ?

Voici un homme normal, qui pense sans cesse à plusieurs choses presque en même temps ; à un moment donné, il est plus spécialement accaparé par une idée ou par un courant d'idées *prévalent*. Le poly-idéisme physiologique, puis, l'ordonnancement des idées, dont nous avons parlé, finalement, la sélection d'une ou de plusieurs idées, dépendent très probablement de lois en rapport avec de petits centres chimiques qui sont préétablis, et produisent des phénomènes moléculaires, des attractions ou des répulsions de tentacules cellulaires de certains neurones. Sans doute, on peut se figurer de cette façon la production des phénomènes précédents. Mais ce ne sera qu'une explication bien vague, tant qu'on n'aura pas distingué les centres et qu'on n'en aura point précisé le jeu. Meynert s'était attaché à un essai de détermination et de classement qui n'a pas réussi. On ne connaît pas les régions de la volonté, de la raison, des adaptations du Moi.

On sait que l'idée qui surgit du poly-idéisme physiologique, ou de la disjonction de l'ordre préétabli dans la série des idées, qui devient en un mot l'idée prévalente physiologique, est immédiatement soumise par la conscience à un examen rigoureux à l'aide des moyens de contrôle dont elle dispose ; la conscience en vérifie avant tout l'objet, le rapproche des connaissances intérieures du cerveau, et un jugement est rendu sur cette idée. Si elle est reconnue fausse ou impraticable, le Moi la rejette sur le champ.

Mais l'idée fixe pathologique, produit de la disjonction la plus avancée de l'ordre préétabli en question, quelque déraisonnable ou absurde qu'elle soit, devient d'autant plus *prévalente* qu'elle est plus absurde et plus déraisonnable, elle *adhère,* victorieuse de tous les contrôles du sens critique, et s'affirme progressivement *tyrannique*.

Admettre qu'il y a un trouble profond de la raison, de la critique, du jugement qui fait que la conscience altérée ne reconnaît plus la fausseté de cette idée et lui permet de sub-

sister en dépit de son absurdité, c'est faire une constatation plutôt que de suivre pas à pas les éléments de la genèse physiologique. Ou bien le sens critique ne permet plus à ces malades de comparer, comme il faut, leurs conceptions actuelles à ce que fut leur passé psychologique ; ou bien il ne leur permet plus de conclure de ce rapprochement à la fausseté de l'idée, à son incompatibilité avec leur personnalité psychique ; ou, en troisième lieu, le sens critique ne fonctienne plus du tout. Et cependant ces malades sont très souvent fort intelligents, plus intelligents même que ne le comporte leur condition sociale.

Quand on leur montre l'insanité de leurs prétentions, ce sont eux qui haussent les épaules ; ils vous disent que, tout inadmissible que puisse paraitre leur idée, elle est l'expression de la vérité, ils vous citent des histoires d'enfants naturels appartenant à de hautes personnalités, d'héritages inattendus, de grands seigneurs déguisés, de trésors cachés, de simples personnages tels que Napoléon élevés à des rangs supérieurs.

On en est, somme toute, réduit à enregistrer une lésion du sens critique, du jugement, lésion primitive et principale, qui, en enlevant au malade ses propres moyens de contrôle, le livre sans défense à la fantaisie de son imagination, surexcitée déjà par la notion confuse du trouble qui le frappe.

L'idée fixe pathologique est donc une conception délirante par modification du débit et de l'association ordinaires des idées, du poly-idéisme physiologique normal, absurde ou déraisonnable parce qu'elle manque de base, qui survient *ex abrupto*, sans aucune opération préparatoire du raisonnement. Ferme et stable comme un roc, dès le début, elle est due à l'altération du sens critique. L'individu n'en a pas conscience ; il a au contraire conscience qu'il est dans le vrai.

B. Diagnostic. — D'après les développements précédents, il est, au point de vue spécial où nous nous sommes placé, tout à fait nécessaire d'établir, s'il y a, dans un cas clinique donné, idée prévalente anormale, ou idée prévalente restant encore dans les limites de la santé. Wernicke, fidèle à sa théorie croyait tout d'abord pouvoir arriver à se prononcer d'après l'examen du motif invoqué par le sujet. Mais il n'a pas tardé à reconnaitre que, dans le cadre même de cette

théorie du trouble affectif inhérent au souvenir, ce critérium ne laissait pas d'être embarrassant, les motifs invoqués par les malades, notamment par ceux qui sont devenus des persécutés, étant souvent réels. Les caractères que nous avons donnés plus haut sont donc en soi ceux auxquels on se devra référer. Les processifs, par exemple, le sont fréquemment devenus à la suite d'une réelle injustice.

Et comment l'idée prévalente s'étant installée domine-t-elle la question? Tantôt il n'y a pas eu lutte; elle s'est installée avec une facilité contrastant avec l'absurdité ou l'irréalisation de l'idée. Tantôt elle est demeurée à la suite de l'antagonisme qui normalement existe entre l'idée en question et les conceptions opposées chargées, chez l'homme physiologique, de corriger graduellement une prévalence quelconque; celles-ci sont restées impuissantes. C'est alors qu'apparaît le défaut d'appréciation des relations du Moi avec le monde extérieur, l'*autophilie*, qui correspond à la dissociation des éléments du contenu de la conscience, à la disjonction confirmée de l'ordre préétabli du mécanisme de l'association des idées qui la meublent (Wernicke).

C. Diagnostic différentiel. — Distinguons l'idée fixe pathologique de l'idée délirante passagère, de l'erreur physiologique, de l'obsession.

1° L'idée fixe pathologique se distingue de l'*idée délirante passagère* de la façon suivante :

L'idée fixe pathologique finit par fausser les conceptions encore normales, ou par les annihiler. Elle amène des associations d'idées, des sentiments, des désirs, comme toute idée saine, qui influencent l'ancienne personnalité, c'est-à-dire les sentiments, les conceptions, les tendances de l'ancienne personnalité qu'elle transforme ou annihile. Changeant la masse des conceptions les plus solidairement associées, et historiquement les mieux établies dans la conscience de l'individu, elle est éminemment dangereuse.

Les explications et combinaisons de l'esprit malade interviennent, et aussi les hallucinations. Elles ont pour origine les changements d'état de la conscience, les sensations morbides, et correspondent à l'état d'esprit et à l'ensemble du texte des autres conceptions. Les explications produisent un soulagement psychique, en satisfaisant le raisonnement.

La conception délirante passagère se forme-t-elle, généralement par suite d'essais d'explications d'un état quelconque qui n'est pas forcément conforme à l'état d'esprit du sujet? Elle peut même être tout à fait étrangère aux autres conceptions de l'individu. Mais aussi, par un retour continuel dans le champ de la conscience, elle peut, avec le temps, prendre l'importance de l'idée fixe, c'est-à-dire s'assimiler et devenir systématique.

En revanche, quand on examine un délirant, il ne faut pas s'attendre à la présence permanente dans la conscience du malade de l'idée fixe génératrice du délire, pas plus qu'une conception juste n'est toujours présente dans le cerveau d'un homme normal; elle peut devenir latente, au moins temporairement, et se rectifier. Mais elle ne saurait être dissimulée, longtemps au moins, car le malade ne peut cacher son délire que s'il reconnaît le caractère choquant, bizarre, de son idée; or, c'est précisément l'inconscience de cette absurdité, la perte du sens critique, qui donne naissance à l'idée fixe.

2° L'idée fixe pathologique se distingue de l'*erreur physiologique* par les caractères que voici :

L'idée fausse normale résulte, soit d'un trouble dans le débit des associations d'idées, soit d'une déviation de raisonnements combinés qui n'atteignent pas leur but. C'est pourquoi Leuret pensait que la folie n'est qu'une erreur et que, comme telle, elle devait être rectifiée. Il y a cependant une différence entre celui qui émet une idée erronée et un fou. Il existe des cas, toutefois, où cela n'apparaît point.

Si certaines idées délirantes sont en effet absurdes et choquantes, il est aussi des erreurs extravagantes. Par contre, que d'idées délirantes possibles, dont la nature délirante n'est révélée que par une enquête; on peut parfaitement être empoisonné, victime de la malveillance, intoxiqué par la syphilis. Une assertion ne suffit point; il faut établir le comment de la chose, et c'est dans le développement de ce comment que le médecin s'aperçoit que le plaignant se trompe. Ainsi sont mises en lumière la faiblesse et la nullité des arguments, l'infirmité des déductions, et des prémisses, les lacunes, les inconséquences ou les contradictions, telles, que la santé mentale est inadmissible. Le malade peut avoir conservé les connaissances élémentaires propres à corriger son erreur, il est incapable de s'en servir utilement; car, ce

qu'il considérait jadis comme vrai, lui semble maintenant une erreur, et, ce qui est faux, il le tient pour vrai.

L'aliéné a une attitude nouvelle bien caractéristique qui témoigne de la différence entre sa conscience passée et sa conscience présente. Celui-ci, devenu, dit-il, magicien, va pouvoir voler en l'air ; celui-là, mathématicien, affirme avoir trouvé la quadrature du cercle ; un autre, ingénieur, proclame sa découverte du mouvement perpétuel. Or, l'erreur d'un homme normal s'expliquerait par son ancienne manière de voir, son degré d'instruction ; il n'y aurait pas une contradiction aussi grossière.

L'idée fixe de l'aliéné est le symbole de ses intérêts, de ses perceptions, de ses sentiments ; l'affectivité devient prédominante. L'idée erronée de l'homme normal n'a pas ce caractère ; ses croyances mystiques s'il en a, resteront à l'état platonique, en ce sens qu'il ne subordonnera pas toute sa vie concrète à cette foi ; les croyances mystiques de l'aliéné prennent un corps tel qu'il en devient l'esclave, parce qu'il les transforme en des forces uniquement occupées de son Moi, de sa personne.

L'aliéné reste insensible à la discussion. L'homme normal est accessible à la rectification au moyen des connaissances qui forment le bagage de son cerveau, ou par l'intervention d'une instruction acquise, d'une vérification qui lui est soumise. On ne saurait nier néanmoins qu'il n'y ait des cas mixtes ; par exemple, ceux des erreurs implantées dans des cerveaux momentanément désordonnés, comme il arrive chez certains inventeurs malheureux ou un peu malades. On peut arriver encore cependant à déloger l'erreur, ce qui est impossible dans le cas d'idées fixes morbides. C'est comme cela parce que c'est ainsi, répond ou pense l'aliéné.

3° Quels sont les signes différentiels de l'idée fixe et de l'*obsession* ? « Il y a, dit Laurent, nombre de nerveux et de mélancoliques qui se *plaignent* de ne pouvoir se débarrasser de certaines idées *importunes* et *pénibles* dont ils saisissent parfaitement le *caractère insensé* et *absurde*. Ces idées se mêlent à leurs idées conscientes, logiques et associées, troublent *la marche de ces dernières,* et, par là, causent des *inquiétudes*. Elles provoquent même des impulsions à certains actes que, d'après leur nature, le malade trouve ridicules. »

Tels sont en effet les caractères de l'obsession d'après la formule de MAGNAN, caractères justifiant la dénomination allemande de conception irrésistible (*Zwangsvorstellung*). Les mots que nous avons soulignés, en spécifient avec précision les qualités.

Apparaître subitement et involontairement, en interrompant la marche des idées du malade ; faire irruption dans la conscience ; s'imposer à l'attention avec une énergie gênante en repoussant la critique et la réflexion, et disparaître spontanément, tels sont les éléments de l'obsession.

Elle ne s'insinue pas dans l'idéation, comme si elle était une idée vraie, sans que le patient en ait conscience. Non, le sujet la voit absurde, déraisonnable, criminelle, il cherche à s'en débarrasser, comme d'un corps étranger, et lutte contre elle avec toutes les forces de sa volonté ; cette lutte n'a lieu qu'en provoquant une *angoisse*. Et alors, ou l'obsession disparaît vaincue par la volonté, ou elle reparaît, ou elle demeure en entretenant la perplexité. Tout contribue ainsi à tyranniser le malheureux.

La fixité de l'obsession est incontestable ; c'est une idée fixe, mais une idée fixe, consciente, visible, nettement perçue pour ce qu'elle est ; elle est en rapport avec la direction uniforme donnée au débit et à l'association des idées, mais généralement, elle prend la forme d'accès, et toujours en provoquant la résistance du sujet qui sent ce qui se passe en lui.

On a quelquefois des obsessions à l'état normal. Qui n'a été hanté en pleine réflexion par le retour incessant d'une ou de plusieurs idées semblant entraver les autres, s'implantant avec obstination dans le champ de la conscience, et refusant de s'évanouir ? Cette répétition constante s'accompagne d'une modalité sentimentale unicolore qui détonne sur la sensation indifférente, produite par l'idéation normale.

L'idée obsédante a lieu quelquefois par la voie de l'association des idées, à la suite d'une perception sensorielle, d'un événement surprenant, d'un mot, d'une conversation, ou bien, sous l'action d'un mouvement purement organique. Ainsi, dans le premier cas, un incendie, une émotion vive, sera l'agent causal. Dans le second, ce doit être une excitation intérieure ; exemple, l'obsession par névralgie ou toute autre

sensation physique d'organes. Invariablement elle arrive spontanément et par envahissement brusque, aperçu, du champ de la conscience.

Les idées obsédantes sont : les unes non-émotives, les autres émotives. Quand il s'agit des premières, le *moi* se trouve obligé de se concentrer sur une idée bizarre, tout à fait en désaccord avec le reste de ses pensées, que dis-je, formant un contraste brutal avec elles (Schuele) ; ce sera : une épithète injurieuse, un blasphème, une idée stupide, une impulsion à commettre un acte compromettant. C'est ce que l'on observe chez les héréditaires.

L'idée obsédante émotive procède d'un état nerveux antérieur dépressif. Exemples : les mélancoliques qui cherchent, pendant la période douloureuse du début de leur affection, sans cesse une explication à leur état ; voici tout à coup qu'ils se souviennent d'un événement effrayant, et cette idée émotive va persister, maintenue par leur disposition mélancolique. D'abord surpris, le *moi* n'y attache pas toute sa valeur, mais est obligé de ruminer constamment cette idée jusqu'à ce qu'elle s'incorpore à lui.

L'idée obsédante tend parfois à un acte épouvantable ; elle pousse une mère au meurtre de son enfant. La conscience reste d'abord étrangère à cette pensée qui éclate comme un coup de tonnerre ; mais le sentiment douloureux, parfois accompagné de sensations névralgiques, qu'elle éveille, la fait triompher du raisonnement et du jugement, et le calme n'apparaît qu'une fois que l'impulsion a été exécutée.

Est-il bien utile à présent d'insister sur les différences frappantes qui existent entre l'obsession et l'idée fixe? Le sujet en est très varié, la forme, multiple; rumination de problèmes philosophiques, de mots, de questions métaphysiques, insignifiants au point de vue de la conduite de l'obsédé, ou d'actes qui, en devenant incoercibles, peuvent aboutir à des catastrophes sociales, telle en est l'échelle.

Ce qu'on ne saurait trop répéter, c'est que « le *moi*, dans l'obsession, a toujours connaissance de ce qui se passe en lui, et, ce qui le prouve d'autant mieux, c'est qu'il lutte avec toutes les forces de sa volonté contre le phénomène qui s'impose. Cette préoccupation démontre que cette nouvelle idée qui entre, comme un coin, dans le champ de l'idéation, troublant le cours normal des états de conscience, lui est

étrangère et pénible; ce qui est le contraire de ce qui se passe pour l'idée fixe avec laquelle, inconsciemment, le malade s'identifie. » (MAGNAN et LEGRAIN.) La pleine conscience de l'état représente le grand caractère de l'obsession. Mais il y a des obsessions normales. En quoi diffèrent-elles des obsessions pathologiques?

L'*obsession normale*, transitoire, ordinairement facile à réprimer, n'entrave point les centres supérieurs qui ne perdent ni leur contrôle, ni leur influence modératrice, sur les centres psycho-moteurs; elle n'aboutit point à l'impulsion (MAGNAN).

L'*obsession pathologique*, elle, n'est point un incident passager et sans importance de la vie ordinaire; elle ne se contente point du rôle de phénomène isolé dans le sein des états psychopathiques, elle finit par se répéter et par être persistante. Cette répétition et cette persistance tendent à interrompre le cours régulier de la vie; c'est un acte définitivement psychopathique, revenant par paroxysmes avec une intensité croissante, qui devient irrésistible.

Plus elle revêt ce caractère, plus le malade lutte en protestant contre le sujet de ces problèmes, de ces idées qui l'assiègent et qu'il déclare absurdes, plus ses efforts sont vains, plus il ressent douloureusement l'impuissance de sa volonté. Chaque lutte nouvelle le plonge dans une *angoisse progressive*; sa souffrance morale, extrême au prorata de la vigueur du paroxysme, retentit bientôt sur la sphère physique et provoque les phénomènes de l'angoisse matérielle : palpitations de cœur, accélération du pouls, douleurs précordiales, et autres sensations pénibles.

Retour incessant des accès d'obsession, — résistance inutile du malade, — irrésistibilité du phénomène, — conscience très nette de la manifestation morbide qui s'impose, — lutte énergique du patient dans le but de s'en affranchir, — torture morale de l'idée de son impuissance, — retentissement physique de l'état réactionnel, — soulagement consécutif à la satisfaction donnée aux centres surexcités, — voilà les signes de l'obsession dont l'état lucide de la conscience est à lui seul pathognomonique.

Conception s'insinuant dans l'auto-conscience intacte, sans que le malade en ait conscience, par suite de l'affaiblissement du jugement, et dominant toutes les pensées, — absence

de lutte et de rébellion contre l'idée nettement conçue, qui, loin de paraitre étrangère et pénible, est assimilée comme vraie, s'identifie avec le malade complètement, celui-ci se l'assimilant au point qu'elle devient la raison première (LEITMOTIV) de tous ses actes, — voilà les signes de l'idée fixe.

Le mode d'origine psychique de l'idée fixe est clair; on peut remonter à sa genèse conforme à la marche de l'association des idées et suivre l'enchainement des idées délirantes. L'obsession surgit confusément dans le domaine de l'inconscient, n'est point conforme à la manière de voir, de sentir, de concevoir habituelle ; elle y est même souvent opposée : loin de satisfaire le malade, elle lui cause d'abord de la surprise, puis une pénible et inquiétante oppression.

PITRES et RÉGIS [1] croient que l'élément émotif domine l'obsession, tandis que l'élément intellectuel dominerait l'idée fixe bien que, à en juger par la conduite des malades, la sphère affective soit réellement prise dans les deux espèces morbides. Seulement dans l'idée fixe, l'affectivité impressionne le malade dans le sens d'une réaction agie en rapport avec le sens de l'idée; il se soumet à cette idée et veut agir comme le lui commande sa pensée dont il ne critique aucunement le texte cependant faux (*inhaltlich falsche*). Dans l'obsession, l'affectivité impressionne le malade dans le sens d'une réaction contre le texte justement de l'idée qui lui est soumise, et dont il critique la valeur grâce à l'intégrité de son jugement conservé.

D. ÉVOLUTION DE L'IDÉE FIXE. — Quelle influence l'idée fixe exerce-t-elle sur les autres domaines de l'intelligence?

a) *Sphère psychomotrice.* — L'idée fixe pathologique est considérée par le malade comme une idée réelle. Il est naturel qu'il y conforme ses actes. Il s'y conforme cependant dans une certaine mesure. Cette mesure dépend-elle de son caractère antérieur et de son tempérament primordial ? S'y substitue-t-il, de par l'idée fixe, un tempérament et un caractère qui n'étaient pas ceux du malade? Y a-t-il des variantes ? On ne sait au juste. On pourrait citer des exemples en faveur de la première manière de voir; on pourrait citer des

[1] Congrès de Moscou, 1897.

exemples en faveur de la seconde. Il est patent qu'il y a des malades qui s'adonnent plus ou moins à la mise en acte des conséquences de l'idée fixe.

b) *Sphère psychique.* — La conception des idées fixes porte toujours sur l'ensemble des manières de voir et des croyances intimes du sujet. Elle modifie certainement profondément les connaissances antérieures, concrètes ou abstraites, qui étaient le produit des données de l'expérience. De là des déterminations erronées, de là la folie intellectuelle, le délire. Une foule de pensées délirantes suivent ces modifications, et, par leur intermédiaire, s'organise une conception délirante, puis un délire qui transforme radicalement la personnalité : le *Moi* sent, pense et veut d'une façon toute différente.

C'est alors le *système délirant*. Tout ce que fait le malade a pour mobile son délire. Il dépense une activité souvent prodigieuse pour affermir, parachever, asseoir, travailler ses conceptions fausses. L'idée fixe laissait encore quelque répit à l'idéation et à la volonté, relativement aux pensées et aux actes qui n'avaient avec elle qu'un rapport éloigné. Le délire systématisé absorbe l'être entier.

La stabilité du tableau pathologique qui, par suite de son immobilité, mérite le nom d'idée fixe, et qui, en raison de sa séparation, de sa circonscription relative, avait inspiré aux savants les noms de délire partiel, de délire circonscrit, d'auto-psychose circonscrite, n'appartient, en fait, généralement qu'à un stade passager, puisque, dans la plupart des cas, il s'y ajoute des conceptions délirantes d'explication capables de prendre une extension progressive. Par suite de corrections subsidiaires du contenu de la conscience, de falsifications des souvenirs qui, sous diverses formes, produisent, de compte à demi avec l'idée fixe, une construction délirante solidement charpentée, est enfanté un texte délirant compliqué qui ne correspond plus à la cause originelle relativement simple et insignifiante, voilée par le délire. C'est pourquoi dans les cas anciens, on arrive à débrouiller le délire sans pouvoir dépasser le champ des hypothèses quant à l'idée prévalente qui en a constitué la pierre de base ; on en est également réduit aux suppositions quant à l'événement qui a pu la provoquer. En cet état pas de guérison possible.

Cet avis est aussi celui de Wernicke. Il affirme la possibilité de la guérison d'une psychose qui s'en tiendrait à l'idée prévalente ; il l'aurait obtenue en provoquant des conceptions opposées correctrices puissantes, et il en cite deux exemples chez des aliénés processifs. Ainsi, il leur aurait fait honte de leur situation de malades, de fous, et les aurait menacés de la nécessité de leur mise en tutelle, leur recommandant après leur sortie de l'asile, d'éviter toute excitation passionnelle.

Ce serait, du reste, d'après l'auteur allemand, le propre des dégénérés, d'être hantés par des symptômes d'aliénation mentale isolés, comme les idées prévalentes, ou peu intenses. Ils sont sur les confins de la folie. Ce n'est pas à dire que des individus non dégénérés ne puissent être affectés d'auto-psychoses circonscrites, à moins que « l'on ne s'obstine à regarder précisément cette forme mentale comme une preuve de dégénérescence. »

Pour L.-A. Koch, c'est quand les idées prédominantes n'ont pas le caractère d'idées systématisées vraies, c'est quand, malgré l'autophilie indéniable du sujet, elles ne se soudent point en un système délirant bien coordonné, qu'elles indiquent une tare psychopathique congéniale (dégénérescence vraie) ou acquise (de par l'alcool, par exemple). Ainsi en est-il de celui qui vient raconter que sa femme est devenue infidèle; de celui qui s'imagine avoir pour femme ou pour fiancée, une personne qui en réalité lui est étrangère ou qu'il connait à peine, accusant, en sus, quelqu'un de la vouloir débaucher ; du poète en imagination, qui vous récite une poésie de Uhland comme étant de lui. Certains types morbides ressemblent aux psychoses circonscrites, mais ils n'en ont point la systématisation vraie ; il convient de les ranger simplement à côté des délires systématisés. M. Koch divise à cet égard les délires des persécutés persécuteurs processifs en trois catégories : 1° ceux dont le psukê est préalablement intact; 2° ceux qui sont des dégénérés ayant subi la déchéance psychopathique ; 3° les psychotiques à délire circonscrit.

Nous ne pouvons entrer, sous peine de redites, dans l'analyse et l'étude critique des diverses opinions correspondantes. Le moment est venu de classer ce qui nous paraît topique avec le plus d'impartialité possible.

E. DOCUMENTS CLINIQUES. — Les preuves de l'étude précédente sont assez délicates à fournir, bien qu'on puisse les trouver. Il faut pour cela avoir la chance d'observer l'idée fixe à sa première période. Une fois, en effet, que les maladies mentales ont évolué pendant quelque temps, le mélange de symptômes de toutes sortes ne permet plus d'en concevoir, ni d'en démontrer l'enchaînement, la subordinaiion. Nous avons observé l'idée fixe ou recueillie des observations péremptoires d'idée fixe dans les états suivants :

1° *Idée fixe greffée sur la débilité et l'épuisement physiques.*

a) *Neurasthénie.* — Toute apathie intellectuelle en rapport avec une défaillance cérébrale fonctionnelle, durable ou temporaire, peut produire de la somniation, de la stupeur, des obsessions, des impulsions, des idées fixes, et aussi du délire. Ces troubles, transitoires, disparaissent quand il n'existe aucune autre cause de perturbation mentale, avec l'épuisement du cerveau qui en a permis le développement.

Si c'est une idée fixe, elle sera mobile, et s'évanouira assez rapidement. On pourra enregistrer une idée fixe hypochondriaque quelquefois nettement délirante.

Tel est le cas tiré de KRAFFT EBING [1] et reproduit par LAURENT dans sa thèse (p. 58).

OBSERVATION I. — *Idée fixe dans la neurasthénie. Guérison.*

M. H...., inspecteur de gare, quarante et un ans, marié, est amené à la clinique de Gratz, le 14 août 1882 ; il se croyait le chef de gare, et se comportait en conséquence.

Le malade se démène, confus et irrité, il demande à être amené devant ses supérieurs, puisqu'il est chef de gare. Sa place n'est pas ici. Il ignore qu'il se trouve dans un hôpital, se sent tout à fait bien portant et est irrité, à juste titre, que l'ancien chef ne veuille pas lui transmettre ses fonctions de service.

Le malade a le crâne normal, il n'a pas de fièvre; il est visiblement épuisé, peut à peine se tenir sur ses jambes. Pouls petit, fréquent et facile à déprimer. Tremblement des mains. Bientôt le malade s'endort, fait un somme prolongé ; le 15, il est orienté, mimiquement assez dégagé, mais il se croit toujours chef de gare et prétend avoir trouvé le décret de nomination à ce poste, il y a quelques jours, dans son armoire, chez lui. Il n'a pas réfléchi

[1] *Traité de psychiatrie*. Édition française, page 536.

longuement sur la question de savoir comment ce décret était parvenu dans son armoire et pourquoi on ne le lui avait pas remis par la voie officielle réglementaire.

Comme il était dit qu'il devait prendre immédiatement son nouveau service, il s'est rendu, dans ce but, au bureau; mais l'ancien chef de gare, qui, de tout temps, lui fut hostile, l'avait accueilli grossièrement et n'avait pas voulu lui transmettre son service. Il est parti, s'est plaint chez des gens de sa connaissance, est revenu vers l'ancien chef, mais celui-ci n'a pas voulu céder. Froissé, irrité et perplexe, il est rentré chez lui et a tout raconté à sa femme. Celle-ci l'a déclaré fou. Ensuite, le médecin est venu et a essayé de le calmer. De ce qui s'est passé à partir de ce moment, il n'a qu'un souvenir sommaire. Il sait qu'il a passé la nuit du 13 sans sommeil, contrarié et craignant de nouvelles vexations du chef; il se sentait tout à fait malade par agitation et humiliation, n'avait le cœur ni à manger ni à boire.

Le 14, on l'a amené à Gratz, où tout lui paraît étrange.

Le 15, le malade est tranquille, mais toujours avec son idée fixe. Il motive sa prétendue promotion par le fait que le Conseil de direction des chemins de fer veut lui offrir une compensation pour les mauvais traitements et la mauvaise situation matérielle qu'il a dû supporter dans le passé; car, depuis deux ans et demi, il est très surmené dans son service; il a une nombreuse famille et n'a qu'un petit salaire, des dettes, des soucis pour vivre, et, par dessus le marché, un chef qui lui fait des misères et des collègues qui lui en veulent. Depuis quelque temps, il est devenu las, épuisé, irritable, oublieux jusqu'à perdre toute notion momentanément. Pour comble, il avait encore cette préoccupation que dans cet état il ferait des bévues et s'attirerait des amendes. Ces derniers temps, il était particulièrement fatigué et épuisé et avait souvent à peine le temps de prendre ses repas et de dormir, de plus, le sommeil n'était plus réparateur.

Le 16, après avoir passé une bonne nuit, après un sommeil réparateur, le malade demande, d'un air embarrassé, à rentrer chez lui. Il voudrait savoir si l'histoire de sa nomination est exacte. Il commence à rectifier ses idées. L'après-midi, il annonce, plein de joie, que son *idée fixe* s'est éloignée. Dans la nuit du 12, il avait rêvé qu'il était devenu chef de gare et que le décret de cette nomination se trouvait dans son armoire. Le matin, il s'était alors levé plein d'émotion joyeuse et ne s'était pas donné la peine de s'assurer si le fait était exact ou non. (Incapacité d'un cerveau épuisé à rectifier des événements arrivés en songe.)

Les paroles bienveillantes des médecins, ainsi que leurs observations, l'ont mis en éveil et ont provoqué sa critique. Le malade nie avoir une prédisposition héréditaire, avoir eu autrefois des maladies; il affirme formellement ne s'être jamais alcoolisé. Il est

visiblement épuisé, a beaucoup de mal à rassembler ses idées et à les exprimer. Grâce à de bons soins et à un bon sommeil, il se remet rapidement et peut quitter la clinique, le 20 août guéri, sauf quelques malaises neurasthéniques.

b) *Maladies générales.* — C'est encore le mécanisme de l'épuisement du système nerveux.

Voici une observation de délire de persécutés persécuteurs; cette observation est empruntée à M. Selle [1] ; il la considère comme un exemple de dégénérescence acquise.

Observation II. — *Idée fixe chez un homme affaibli matériellement. Revendications contre l'Etat.*

Homme de cinquante-huit ans. A fait les campagnes de 64, 66, 67, 70 et 71. En 1865, il a eu une fièvre typhoïde grave. En 1870, il a eu un rhumatisme aigu, qui a duré quatorze jours. Depuis cette dernière campagne, il éprouve des douleurs dans les bras et les jambes. Incapable, dit-il, d'exercer son métier de potier, il demande l'assistance comme invalide. Plusieurs médecins l'ont examiné et déclaré non fondé dans ses demandes. Il assiège continuellement les autorités de ses requêtes. Il est condamné 5 fois pour avoir pénétré au ministère de la guerre de Berlin, et y avoir fait du scandale. Il finit par croire qu'il est contreminé dans ses projets par des ennemis et profère des injures contre la majesté impériale, ce qui le fait amener à l'asile. A l'établissement il travaille assidûment, mais sans abandonner la *légitimité de ses réclamations*. Il ajoute que si Sa Majesté ne tient pas compte des injures qu'il avait proférées contre elle dans les écrits qu'il lui a adressés, il collera ses factums à tous les coins de rues.

Nous croyons qu'il est rationnel d'en rapprocher une *observation personnelle* en rapport avec la *migraine ophthalmique* Cette observation montre jusqu'à un certain point les relations qui peuvent exister entre l'idée fixe, les groupes d'idées fixes, les idées fixes obsédantes. Elle semble un lien entre la faiblesse irritable et l'excitation cérébrale spéciale que M. Wernicke accuse de la disjonction du contenu de la conscience, de l'ordre préétabli des associations d'idées. L'idée fixe peut en effet se rencontrer dans certaines névralgies particulièrement dans la migraine ophthalmique.

[1] *Loco citato.* (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, LI, 1.)

Observation III. — *Idée fixe dans la migraine ophtalmique.* (*Personnelle.*)

H..., quarante ans, ingénieur, est atteint depuis l'âge de treize ans, d'une migraine ophtalmique ainsi caractérisée : l'accès débute toujours par une diminution de l'acuité visuelle soudaine, analogue à celle que cause la contemplation d'un objet brillant ou des rayons solaires. Cette amblyopie, accompagnée d'éblouissements, légère, s'accuse, suivant l'accès, davantage d'un côté ou de l'autre. Elle n'empêche pas le malade de distinguer un ensemble, mais elle nuit à la perception des détails, sur lesquels, au début de l'accès, il semble que le sujet, qui en a parfaitement conscience, soit obligé de diriger chacun des points de la rétine, et encore se rend-il bien compte que dans son champ visuel il y a des lacunes, des points noirs : *puncta cæca*. Ce phénomène, toujours plus marqué de l'œil droit ou de l'œil gauche, ne tarde pas à aboutir à une hémiopie caractéristique verticale. Supposons que l'amblyopie brusque affecte l'œil gauche, elle gagne d'abord l'œil droit, puis, l'hémiopie, portant sur l'ensemble du champ visuel bilatéral vertical, se classe comme il est habituel pour une hémianopsie homonyme qui aurait son origine dans l'hémisphère gauche du cerveau. Cette hémiopie s'accompagne de scotome scintillant bilatéral, mais prédominant dans l'œil gauche par lequel ont commencé les accidents. Dans certains cas, l'accès s'arrête là. Mais il est fréquent aussi de le voir se développer comme suit :

Il se produit de l'excitation intellectuelle caractérisée par une profusion d'idées, d'ailleurs bien ordonnées, qui, pour cette raison, ne rappellent en rien l'excitation maniaque. Chacune de ces idées, normales du reste, s'accompagne de l'*afflux obsédant* et gênant de conceptions relatives à un groupe de pensées similaires. Ces conceptions constituent un vrai malaise mental, car elles s'accompagnent d'un retentissement psychique : elles incitent le champ de la conscience où elles se répercutent comme s'il y avait une espèce d'écho cérébral, en vertu duquel il semble qu'elles soient réfléchies dans le moi où elles provoquent des réflexions critiques, correspondant à chacune d'elles, de la part du patient, forcé, malgré lui, d'établir une sorte de contrôle mental sur chaque phrase qui se présente à son esprit, de la soupeser et de conclure par oui ou par non sur les caractères des pensées qui lui viennent.

C'est de la *cogitation* à double ou triple effet simultané à laquelle il n'y a d'autre remède que le sommeil, les yeux bien clos, dans un milieu sombre et calme; une sorte de rumination sur plusieurs thèmes, dont l'un, ainsi qu'on le verra plus loin, est emprunté à l'évolution de la maladie même dont M. H... est atteint.

Cette excitation spéciale s'accompagne bientôt, à son tour, de légers troubles de la sensibilité dans les membres du côté droit (noter que l'amblyopie dans l'accès envisagé a débuté par l'œil gauche). C'est une anesthésie comparable à celle que l'on éprouve à la suite d'une compression, avec mêmes frémissements. Ces troubles montent à la moitié droite de la face. La motilité est en même temps touchée, bien que le malade réalise les mouvements de translation, dans des conditions telles que personne ne peut s'apercevoir qu'il est légèrement hémiplégique à droite, de bas en haut.

A ce moment apparaissent des *accidents aphasiques* comprenant à la fois de l'aphasie motrice (rappelons encore que l'accès a débuté par l'œil gauche), de la cécité verbale et de l'agraphie. M. H..., qui est très instruit, a longuement analysé ses crises, et comme, pendant leur évolution, il jouit très nettement de ses facultés, il connaît par là même la formule de ces perturbations.

Tout se dissipe environ au bout d'une heure : les images mentales des mots et des lettres reviennent. Pour s'en assurer, M. H... prononce mentalement des phrases, et c'est ainsi qu'il s'aperçoit de la netteté de sa vision mentale, de ses obscurités ou de ses oscillations en mieux ou en pis. C'est précisément parce qu'il est éclairé par une expérience déjà longue des allures des différentes scènes des accès de migraine et de celles de leurs variétés, qu'au début d'un accès, quand il éprouve l'excitation intellectuelle dont nous avons parlé, il est également obsédé par le besoin de savoir où en est sa vision mentale, de sorte qu'à la rumination psychique dépendante de l'écho psychique vu plus haut, se joint l'analyse personnelle du degré des images que suscitent les phrases en question.

Quand la migraine ophtalmique débute par l'œil droit, l'hémiopie est inverse, plus accusée à droite, tout en conservant les mêmes caractères. Il se produit ensuite de l'hémianesthésie et de l'hémiplégie légères du côté gauche, mais il n'y a ni aphasie, ni cécité verbale, ni agraphie. L'excitation intellectuelle est nulle ou à peine marquée.

L'intelligence et la vigueur physique de M. H... n'ont aucunement diminué. Depuis son jeune âge jusqu'à ce jour, il a suffi aux exigences de sa carrière; il a écrit, il a produit les travaux nécessités par les diverses études qu'il lui a fallu faire, et il a fourni des travaux d'homme fait. Il apprend encore facilement et s'assimile remarquablement, même les connaissances étrangères à sa profession.

M. H... ajoute que, depuis quelques années, il tend à avoir un bien moins grand nombre d'accès de migraine ophtalmique qu'ils sont surtout *abortifs*, et se rapprochent de plus en plus du scotome scintillant exclusif, ne se répercutant point sur le corps

ou le cerveau, quelque soit le début de l'hémiopie, droit ou gauche.

Même quand l'hémiopie apparaît par l'œil gauche, il est bien plus rare à présent que l'aphasie et ses variétés se mettent de la partie; c'est tout au plus, si, à la phase d'acmé de l'hémiopie et du scotome scintillant il se montre un peu d'affaiblissement des images mentales. Quant à l'*hyperidéation obsessive*, dont nous avons parlé, il y a bien des années qu'elle ne s'est produite.

Aucune tare organique. Impossible de rien savoir sur l'hérédité. Il ne paraît y avoir ni tumeur cérébrale (intégrité du fond de l'œil), ni paralysie générale, ni syphilis, ni épilepsie. Aucun des symptômes prémonitoires des premières affections n'a, du reste, été relevé. Les traitements les plus divers, y compris le traitement antisyphilitique, ont été institués sans amener de modification notable. Le temps seul a transformé, atténué les accès aujourd'hui courts et n'exigeant plus le sommeil.

Ce qui en revanche paraît évident, c'est que le lendemain du jour où M. H... a séjourné dans un endroit chaud, en nombreuse société, où surtout, dans ces conditions, il a fumé outre mesure, sans avoir pris soin, en rentrant chez lui, de dormir la fenêtre ouverte, souvent il a eu le matin en s'éveillant, ou dans la journée, un accès de migraine ophthalmique. Il faut encore remarquer que les prodromes de l'accès se montrent quelquefois la nuit, éveillent le patient et lui font s'apercevoir, à la lueur de la bougie, de son hémiopie; il se recouche, dort, et le lendemain tout a disparu.

Enfin, quoique l'accès de migraine soit suivi d'une certaine fatigue cérébrale, le travail consécutif est néanmoins possible et efficace; il existe simplement un endolorissement céphalique correspondant à l'hémisphère cérébral originaire des troubles. Cette céphalée est comparable à une douleur obtuse qui s'exaspère par l'ébranlement de la toux qui frappe comme d'un choc violent l'intérieur du crâne, le front, le temporal à droite et à gauche. Cette céphalée se montre aussi parfois alors qu'il n'y a pas eu d'accès; elle est alors considérée par le malade comme le reliquat d'un accès nocturne discret.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE MENTALE.

MYSTICISME ET FOLIE [1];

Par le Dr A. MARIE,
Médecin en chef de la Colonie de Dun.

CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES ET MÉDICO-LÉGALES.

Il faut arriver au XVIIIe siècle, pour voir les épidémies de délires religieux à forme dépressive, faire définitivement place à celles à forme théomaniaque. Antérieurement, on rencontre bien dans l'histoire des cas d'illuminisme, mais ils sont isolés et assimilés à la possession, par les lois civiles et religieuses contemporaines. Jeanne d'Arc en est un bel exemple. Elle devançait son temps de trois siècles.

Au sortir des ténèbres du moyen âge, lorsque le Christianisme triomphant des anciennes superstitions polythéiques du paganisme, donne naissance à des religions nouvelles schismatiques, la conception monothéique prévaut définitivement. Nous trouvons le reflet de cette évolution mentale, normale, dans les conceptions pathologiques des délirants.

Plus d'épidémie de lycanthropie, les anxieux, jouets des esprits inférieurs, c'est-à-dire reflétant les vieilles superstitions de l'idolâtrie grossière primitive sont clairsemés et isolés. Si l'on rencontre encore des démonopathes endémiques, ce sont plutôt des obsédés que des possédés. La foi désormais établie au Dieu sauveur tout-puissant, semble préserver la personnalité des attaques du démon. Les individualités ne sont plus entamées que tardivement et c'est Dieu lui-même ou ses représentants qui viendront hanter les aliénés. Au lieu des blasphémateurs qu'on livrait en masse au bûcher d'autrefois, c'est une armée de prophètes qui se lève et il n'est pas toujours facile de distinguer les écrits des vulgaires théo-

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 40, t. VII, 1899, p. 257.

manes de ceux des prophètes écoutés comme Jean Huss, Luther ou Calvin.

On l'a dit, c'est un siècle de foi et d'exaltation religieuse que celui où se produisent ces schismes tendant à ramener la religion à sa pureté primitive. Les aliénés y seront des mystiques convaincus de la présence de Dieu jusqu'en eux-mêmes.

A une phase intermédiaire de l'évolution se produisirent ces épidémies d'envoûtement, de vampirisme, qui dénotent déjà une plus grande résistance psychique, tandis que les anciens zoanthropes et ensorcelés objectivaient la source de leurs souffrances en deçà de leur personnalité physique (inclusion d'animaux), ceux qui accusent les goules ou les vampires objectivent dans le monde extérieur, des entités imaginaires; leurs personnalités physiques et morales sont attaquées, mais résistent. L'évolution historique, on le voit, est conforme à la gradation des faits cliniques. Cette évolution, hâtons-nous de le dire, n'est pas spéciale au pays, à la race ni à l'ère actuelle. On la retrouve dans l'histoire du développement de tous les groupements humains sous toutes les latitudes, à toutes les époques[1].

« *Primus in orbe deos fecit timor.....* » dit Petrone. En effet, l'homme divinisa d'abord l'objet de ses terreurs, et le culte naquit de la peur; l'homme apprit à craindre ses dieux, avant de les adorer.

Les cérémonies primitives ont toutes pour but d'apaiser une divinité toujours courroucée; il faut des victimes, des sacrifices, et pour épargner sa vie, l'homme immole celle des animaux ou même de ses semblables.

Les dieux sont d'abord les eaux, les nuages, les roches dont les cataclysmes naturels mettent en danger l'humanité naissante; c'est le culte naturaliste. Puis les animaux féroces, tapis dans l'ombre des forêts, prennent sur l'autel du temple la place du caillou primitif[2].

Enfin, le symbole est dégagé de l'idole; ce n'est plus l'animal même qu'on adore, mais la force qu'il représente, la ruse, le courage, etc.

[1] J. Vinson. *Les religions*. Delahaye, Paris, 1888.

[2] Les Tarasques, les bêtes du Gévaudan, sont remplacées ailleurs par d'autres êtres; actuellement encore au Japon, les renards jouent le même rôle que nos loups garous, et l'on peut observer des folies avec dissociation de la personnalité et véritable possession par les renards (Kitsuma-tsuki). — V. AMP., s. 7, t. XV, p. 424. Dr Baret.

La période naturaliste prend fin, l'homme a pu abstraire et dégager la propriété essentielle de sa figuration matérielle. Le zoomorphisme n'est plus que symbolique, c'est le mode d'expression d'une conception plus élevée, c'est un langage religieux. Enfin les dieux s'humanisent (autant au sens littéral que figuré); les idoles ont encore des têtes d'animaux exprimant telle qualité de la divinité, mais le corps est celui de l'homme ou inversement (Egypte, Assyrie, etc.).

L'anthropomorphisme pur s'établit peu à peu; c'est alors le panthéon grec avec ses mythes multiples. Le polythéisme a succédé au fétichisme primitif, la phase théologique commence. Mais la conception en est encore imparfaite; les dieux capricieux ne sont pas toujours propices à l'homme. Aussi les peuples adoptent-ils de préférence telle divinité comme plus favorable aux gens de l'endroit; c'est un acheminement vers le monothéisme, mais auparavant se constitue la croyance à deux principes opposés, le mal et le bien en lutte (Manichéens, Albigeois, etc.). Ce dualisme fait enfin place au monothéisme vrai, à la croyance en un seul Dieu tout-puissant ami de l'homme.

Les spéculations philosophiques se dégageant de la théosophie mystique repoussent finalement la révélation et croient pouvoir établir seules l'existence d'un être suprême, c'est un pas de plus en avant, c'est la phase métaphysique qui prépare l'étape dernière scientifique et positive.

Si l'on compare aux différents stades de l'évolution précitée les cas pathologiques que nous fournissent l'histoire et la clinique, on verra qu'ils viennent à l'appui de la théorie générale et se rattachent à l'une des phases théologique, polythéique ou fétichique.

« Les aliénés, dit Semerie[1], renversent le principe de la transformation des hypothèses positives; méconnaissant ce principe de philosophie première, ils tendent à former des hypothèses toujours moins simples et moins exactes que

[1] Les hypothèses métaphysiques, dit de même Cotard, consistent à faire intervenir une cause indépendante des organes, existant tantôt en dehors de l'homme (action divine ou démoniaque), tantôt dans l'homme supposé double (corps et âme) ou triple (corps, principe vital et âme pensante). La première de ces hypothèses n'appartient plus qu'à l'histoire. Elle a disparu avec les derniers bûchers, mais on l'entend encore exprimer par des aliénés qui expliquent ainsi les tourments et les hallucinations qui les obsèdent. (Cottard. *De la folie*, p. 243.)

celles qu'ils repoussent ; fermant les yeux à l'évidence et dédaignant les opinions courantes, ils font eux-mêmes leur théorie; mais ils n'inventent rien, et, croyant s'affranchir, ils ne font que restaurer des idées abandonnées.

L'analyse de cet état mental se ramène à un excès de subjectivité; il s'ensuit que l'aliéné, en revenant à des hypothèses trop subjectives, ne fait que parcourir à l'inverse les différents stades de l'évolution mentale normale; il passe ainsi de l'état positif à l'état abstrait et de là à l'état fictif. Il est en effet curieux de retrouver les hypothèses des aliénés dans les théories abandonnées qui eurent cours en science et en religions. La théorie du physiologiste V. Helmont sur l'archée épigastrique et la localisation de l'âme dans le diaphragme n'est-elle pas celle de nos hallucinés à voix épigastrique [1]?

Les explications adoptées par les hallucinés pour rendre compte des phénomènes qu'ils étaient quelquefois les premiers à constater sur eux-mêmes, ont pu varier suivant les époques et les temps. Tant qu'on a cru que les dieux avaient le pouvoir de descendre sur la terre, Jupiter, Mercure, Apollon, Diane, Vénus apparaissaient très souvent aux aliénés ; les personnes du sexe croyaient s'unir alors à des satyres, au dieu Pan, à des dieux métamorphosés en serpents, en cygnes, en taureaux.

A une époque plus rapprochée de nous, les anges et les démons ont pris la place des dieux dans les conceptions déraisonnables de l'homme et la singularité du délire des cloitres, du délire de la sorcellerie prouve que l'imagination des poètes, si on la compare à celle des monomaniaques, est bien loin de tenir le premier rang pour la fécondité et la puissance de l'invention [2].

Malgré cette diversité apparente, on peut ramener à deux groupes les déités mises en cause selon que ce sont des esprits malfaisants ou bienveillants, dieux ou diables. Or en somme, l'évolution de l'idée diabolique, dit Ch. Richet, depuis le XVIIe siècle, peut se résumer en un mot. Le diable a été vaincu. Il n'y a plus de possession par les mauvais anges. Mais il reste encore la possession par les bons anges.

[1] *Des symptômes intellectuels de la folie*, P. Delahaye, 1867.

[2] Calmeil. *De la folie* (théories), t. II, p. 115.

Ce qui au XVIIe siècle, aurait fait brûler, aujourd'hui sanctifie. Marie Alacoque, Marie Moerl de Kaltern, Louise Lateau, si elles avaient vécu du temps de Bodin, auraient été exorcisées, peut-être brûlées. Mais les temps sont changés; on en a fait des saintes, on ne les a ni exorcisées ni brûlées.

Saintes ou possédées, peu importe. Nous savons qu'elles sont tout simplement des malades[1].

Les convulsionnaires de Saint-Médard, les Ursulines de Loudun étaient animées par des esprits étrangers, mais tandis que pour celles-ci c'étaient des esprits mauvais, pour les autres, c'était l'esprit de Dieu.

Il n'était pas sans intérêt de savoir laquelle des deux grandes divisions du christianisme, qui se partagent le monde civilisé, du catholicisme ou du protestantisme, prédispose le plus à ce genre d'aliénation mentale. D'après Ellis, il y aurait parmi les catholiques moins d'aliénés par suite de préoccupations religieuses. Et en effet le catholicisme n'admet pas de discussions : il est donné aux croyants qui l'acceptent sans examen et sans que l'esprit ait à se préoccuper de sujets souvent abstraits, douteux ou insaisissables. En Angleterre et en Amérique et dans toutes les contrées protestantes, les dogmes religieux sont un sujet de libre examen et de discussions incessantes; les sectes se multiplient, la liberté de la controverse excite les passions et entraine toutes les forces de l'esprit dans une voie souvent périlleuse.

Il est à remarquer, dit d'autre part Ball (599), que l'idée de la perdition sans autre complication et sans trouble sensoriel est incontestablement plus fréquente chez les protestants que chez les catholiques. Et d'abord la doctrine de la prédestination interprétée dans toute sa rigueur est faite selon les théologiens pour tranquilliser l'esprit, mais c'est à la condition de l'interpréter dans un sens favorable. Lorsque au contraire on vient à l'interpréter en sens inverse, ce qui est arrivé à plus d'un mystique, il en résulte une idée fixe qui conduit presque infailliblement à l'aliénation mentale. Je ne prétends point d'ailleurs qu'il s'agisse ici d'un rapport de cause à effet. Il faut sans doute avoir l'esprit déjà malade pour s'abandonner à des terreurs de cette espèce, mais enfin, pour les prédisposés la pierre d'achoppement est toujours là.

[1] Ch. Richet. *L'homme et l'intelligence*, p. 550, 553.

Il faut y joindre une crainte qui surtout aux époques de ferveur religieuse a poursuivi bon nombre de protestants, la crainte d'avoir commis le péché irrémissible.

D'après Marcé, le culte dans lequel a été élevé ou que professe le sujet aurait une grande influence sur la forme du délire ; voici comment s'exprime cet auteur : « Le délire, dit-il, fanatique ou religieux du catholique et celui du protestant, comme aussi des sectes qui se rattachent au protestantisme n'offrent pas, dans la règle, le même caractère. Chez le premier, il y a ordinairement crainte de manquer son salut, syndérèse, appréhension de punitions célestes, terreur, désespoir; chez l'autre, mysticisme, prétention de comprendre et d'expliquer la partie symbolique de l'Ecriture Sainte, orgueil, exaltation prophétique. En un mot, le catholique devient fou parce qu'il se croit damné, le protestant parce qu'il se croit prophète; l'un se regarde comme réprouvé, l'autre comme envoyé du ciel. » D'après Marc, les mégalomanes religieux se rencontreront donc surtout parmi les protestants et les mélancoliques religieux, au contraire, parmi les catholiques. Il serait intéressant d'instituer sur ce point une vaste enquête dans les asiles de France et de l'étranger.

Quoi qu'il en soit de ces opinions, la science manque de documents positifs pour la solution de cette question : un seul fait d'observation pratique doit être regardé comme acquis, c'est que, chez les protestants, les préoccupations religieuses portent en général sur des questions de controverse théologique, tandis que, chez les catholiques, la crainte d'une confession incomplète, le remords d'une mauvaise communion et des scrupules de conscience sont les idées qui prédominent au milieu du délire religieux [1].

Il en résulte que la mélancolie religieuse est plus fréquente chez les seconds, la théomanie chez les premiers.

Or nous voyons dans l'histoire apparaître les théomanes avec le grand schisme de la réforme, alors qu'auparavant régnaient presque exclusivement les épidémies de possession.

Comme Calmeil le remarque à la fin de son étude philosophique, de nouvelles erreurs menacent encore la pathologie encéphalique et mentale; or c'est du magnétisme et du spiritisme que dérivent à nouveau ces épidémies de disso-

[1] Marcé. *Médecine mentale*, p. 100 et 101.

ciation de la personnalité dont l'Amérique protestante a donné les premiers et récents exemples. Les esprits frappeurs remplacent ici le diable des possessions primitives, mais le mécanisme de la psychose est le même ainsi que sa contagion rapide aux hystériques. Il est curieux de voir ainsi l'équivalent de la démonopathie ancienne renaître dans des milieux modernes et d'une confession différente.

J'ai vu, il y a quelques années, dit Ball, un homme fort intelligent et d'un esprit cultivé. Il s'était adonné à des invocations surnaturelles après avoir lu certains ouvrages de spiritisme, et il avait fini par évoquer un mauvais esprit; mais semblable à ces enchanteurs maladroits qui, faute de connaître les formules sacramentelles, après avoir fait paraître le diable, ne pouvaient plus se débarrasser de lui, il était resté en tête à tête avec son persécuteur et se croyait lié par un pacte irrévocable, qui le rendait esclave du démon auquel il avait voulu commander[1].

Le déterminisme purement psychologique de la volonté, dit Manouvrier, se trouve limité, contrarié, ou même annihilé par l'autonomie des centres moteurs. Cette autonomie méconnue par les sensualistes est la condition physiologique du sentiment que nous avons de notre liberté intérieure[2].

C'est inversement la condition pathologique des idées délirantes de possession démoniaque ou théomaniaque, aussi bien dans les délires religieux anciens que dans les psychoses spirites des néo-mystiques.

Aussi l'école italienne ne voit-elle dans tous ces phénomènes que des manifestations d'atavisme. Les arabesques compliquées, les figures allégoriques, les gestes et les attitudes cabalistiques, les interprétations fantastiques des faits naturels, les jeux de mots, néologismes et idiomes particuliers qui pullulent dans la paranoïa, en colorent le délire d'une façon si vive et si grotesque, qu'ils nous font absolument revivre dans les phases les plus éloignées de l'évolution historique mentale.

Ils rappellent l'écriture cunéiforme et hiéroglyphique comme expression absolument matérielle et figuration de conceptions abstraites, la conservation des amulettes symbo-

[1] Ball, p. 485.

[2] *Revue philosophique*, 1884, t. XVII.

lisant les âmes des trépassés (première manifestation fétichique), les évocations d'outre-tombe, les mots de l'alchimie du moyen âge et de la magie arabe, les cérémonies hiératiques d'antique date, importés chez nous du mysticisme oriental..... Ces phénomènes se rencontrent chez les paranoïaques et chez les primitifs, ils sont l'expression d'une condition psychologique commune.

L'hylozoïsme des astrologues, la mantique des thaumaturges et des mages, la cartomancie, l'alchimie, la chirognomonie ainsi que la croyance à la mâle-nuit, au chevillage et aux envoûtements se rencontrent dans le délire des aliénés superstitieux actuels. La démonolâtrie même n'est qu'une religion abandonnée; Belzébuth et Belphégor ont eu leurs temples (Baaltzebuth et Baal de Pégor). Ce fétichisme des aliénés est donc pour Tauzi de provenance atavique manifeste comme le symbolisme (Allegorismig) des psychologues allemands. Il semble, dit M. Richet, que l'intelligence de l'homme, toutes les fois que ses fonctions sont perverties, revienne à l'état de nature et ne puisse trouver comme image de terreur et de dégoût que les animaux malfaisants qui excitaient la terreur et le dégoût des premiers âges de l'humanité [1].

Meynert, en 1884, étudiant la genèse de ces sortes de conceptions morbides, les considère comme innées, immanentes chez l'homme normal, à l'état inconscient. Elles apparaissent et passent au premier plan, sous l'action dévastatrice d'une maladie qui inhibe, les fonctions supérieures modératrices et rectificatrices. Ces tendances mystiques, prennent alors l'intensité des fonctions spinales, quand les fonctions corticales sont supprimées.

La superstition existe à l'état d'élément inconscient dans le cerveau normal où elle se trouve en quelque sorte noyée et couverte par le développement complet des facultés intellectuelles qui en effacent toute trace dans la conscience. Vienne une perturbation, l'idée délirante peut acquérir alors l'énergie suffisante pour apparaître et pour l'emporter.

L'affection mentale, « interrompant les associations normales, facilite par là même la production des images mentales anormales qui prennent d'autant plus d'intensité qu'elles

[1] H. et I., 188, 287.

ne peuvent se répandre sur les autres territoires inhibés pour y être contrôlées. En d'autres termes ces tendances mystiques qui restent inconscientes dans le cerveau sain, prendront par le seul fait de l'isolement, l'intensité et la prépondérance que prennent les fonctions spinales quand les fonctions corticales sont suspendues ».

Meynert continuant sa comparaison rapproche le développement de l'idée délirante de la prédominance de certains muscles quand leurs antagonistes sont paralysés.

Il n'y a plus d'arrêt, de transformation, d'une partie des processus associés, mais au contraire libre développement dans le champ de la conscience d'une conception erronée par suite de l'absence de notions correctrices.

Dès lors, ces interprétations délirantes sont la conséquence d'un esprit inné, identique à celui qui a constitué et constitue encore le fond mental de certains peuples, pour qui elles représentent l'expression la plus élevée de la pensée ; elles répondent au besoin d'expliquer la genèse de phénomènes naturels, et donnent une certaine logique aux pratiques superstitieuses de ces intelligences incomplètes.

Par rapport à l'évolution de l'espèce, nous naissons avec une somme d'acquisitions, ou, comme dit Sergi, de stratifications ; que la couche la plus récente et la plus parfaite s'altère, les couches sous-jacentes reparaissent et l'homme ainsi diminué devient absolument l'analogue de son ancêtre, le sauvage, confiant dans son gri-gri protecteur.

On peut ainsi définir ces délires, la réapparition d'une superstition, subconsciente dans le cerveau développé (Meynert). Ceci revient à dire que l'éréthisme psycho-moteur et sensoriel est objectivée lorsque la synthèse mentale incomplète amène l'automatisme involontaire et le défaut de subjectivité.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES.

Les *réactions médico-légales* les plus fréquentes des mystiques sont de deux ordres. Les unes divergentes en quelque sorte, visant leurs semblables, les autres convergentes, les atteignant eux-mêmes. Malheur aux simples mortels, si les visionnaires s'avisent de croire qu'ils sont destinés à laver dans le sang la tache originelle du péché, car on en a vu plu-

sieurs tuer avec joie pour opérer, disaient-ils, la plus glorieuse des résurrections [1].

Un missionnaire, dit Pinel, par ses fougueuses déclamations et l'image effrayante des tourments de l'autre vie, ébranle si fortement l'imagination d'un vigneron crédule, que ce dernier croit être condamné aux brasiers éternels, et qu'il ne peut empêcher sa famille de subir le même sort que par ce que l'on appelle le baptême du sang ou le martyre. Il essaie d'abord de commettre un meurtre sur sa femme, qui ne parvient qu'avec la plus grande peine à s'échapper de ses mains. Bientôt après, son bras forcené se porte sur deux enfants en bas âge, et il a la barbarie de les immoler de sang-froid pour leur procurer la vie éternelle. Il est cité devant les tribunaux, et, pendant l'instruction de son procès, il égorge encore un criminel qui était avec lui dans le cachot, toujours dans la vue de faire un sacrifice expiatoire. Son aliénation étant constatée, on le condamne à être renfermé pour le reste de sa vie, dans les loges de Bicêtre. L'isolement d'une longue détention, toujours propre à exalter l'imagination, l'idée d'avoir échappé à la mort, malgré l'arrêt qu'il suppose avoir été prononcé par les juges, aggravent son délire et lui font dès lors penser qu'il est revêtu de la toute-puissance, ou, suivant ses expressions, qu'il est la quatrième personne de la Trinité; que sa mission spéciale est de sauver le monde par le baptême du sang et que tous les potentats réunis de la terre ne sauraient attenter à sa vie.

Plus de dix ans s'étaient passés dans une étroite réclusion, et les apparences soutenues d'un état calme et tranquille déterminèrent à lui accorder la liberté des entrées dans les cours de l'hôpital.

Quatre nouvelles années d'épreuves semblaient rassurer, lorsqu'on vit tout à coup se reproduire ses idées sanguinaires comme un objet de culte et une veille de Noël, il forme le projet atroce de faire un sacrifice expiatoire, de tout ce qui lui tomberait sous la main.

Il se procure un tranchet de cordonnier, saisit le moment de la ronde du gardien, lui porte par derrière un coup qui heureusement glisse sur les côtes, coupe la gorge à deux aliénés qui étaient à ses côtés et il aurait poursuivi le cours

[1] Calmeil, p. 81.

de ses homicides, si on ne fut promptement parvenu à s'en rendre maître et à arrêter les suites funestes de sa rage effrénée[1].

Un malade que nous avons pu observer, au cours d'une bouffée délirante polymorphe avec idée d'inspiration divine d'emblée et d'obsession démoniaque, a déliré à la suite de tentatives de prosélytisme tendant à lui faire embrasser la religion protestante ; lorsqu'il a été interné, il se mettait en devoir de trancher la tête à sa maîtresse qui cependant délirait avec lui, mais ne se convertissait pas assez vite.

Ces malades se complaisent aux lectures de l'ancien testament; leur imagination est surtout frappée par les passages tragiques et le récit des homicides religieux tels que le meurtre de Jephté ou le sacrifice d'Abraham. C'est ce dernier que renouvelaient fréquemment les anabaptistes illuminés, si l'on en croit Catrou[2].

« Deux frères, à la suite de prédications fanatiques, sont pris de *théomanie*. L'un des deux explique à l'autre qu'il a entendu la voix de Dieu et qu'il a reçu l'ordre de renouveler sur lui, le sacrifice d'Abraham, et, du tranchant de son épée, il coupe la tête de son frère, la fait rouler aux pieds de ses parents et de ses amis épouvantés. Le meurtrier sort aussitôt dans la rue, portant encore dans sa main l'épée fumante du sang de son frère; puis, d'une voix effrayante : « La volonté « du Père céleste est accomplie! » s'écrie-t-il. »

Il est d'autres mystiques non plus plongés dans les textes sacrés et occupés à revivre les temps bibliques, mais au contraire activement mêlés aux agitations politiques de leur époque. Ce qui domine chez eux au point de vue mental, c'est toujours le mysticisme, mais non pas seulement en tant qu'exagération des sentiments religieux, mais comme tendance pour ainsi dire instinctive à s'exalter des choses de la religion ou de la politique, à en nourrir un esprit déjà malade pour aboutir en fin de compte à des conceptions et à des déterminations véritablement pathologiques. C'est cet état mental qui produit les régicides vrais, les sauveurs de république par l'assassinat, ou encore les bienfaiteurs de l'humanité par la dynamite.

[1] F. Voisin. *Causes des maladies mentales*, p. 41.

[2] *Histoire des anabaptistes,* 1706, t. II, p. 251.

M. Régis dit de ces malades, que leur tempérament mystique leur fait épouser avec ardeur la querelle politique ou religieuse que l'occasion fait surgir. Alors ils s'exaltent et ils en arrivent, par une initiation plus ou moins longue, à transformer des idées de parti en idées véritablement délirantes.

C'est pourquoi le délire des régicides est un délire essentiellement mystique, soit religieux, soit à la fois religieux et politique, soit enfin, mais dans des cas plus rares, exclusivement politique, suivant leur caractère et le milieu ambiant.

Dans sa forme habituelle, ce délire se traduit par la croyance à une mission à remplir, mission inspirée de Dieu, le plus souvent, et devant être couronnée par le martyre [1].

Ravaillac avait été longtemps obsédé par un esprit qui l'assaillait et tourmentait de nuit, puis il eut des visions et des voix intérieures. (Mathieu, *Mort d'Henri IV.*)

Une nuit, J. Clément, étant dans son lit, Dieu lui envoya son ange en vision, lequel avec une grande lumière se présenta à lui et lui montra un glaive nu (Palma Cayet).

Le complément en effet de l'obsession homicide fréquente chez ces mystiques est l'idée d'un martyre glorieux consécutif, consistant dans le châtiment humain de leur crime, châtiment qui doit hâter leur transfiguration dans l'autre monde. C'est une sorte de suicide indirect caractéristique du délire mystique ; aux époques de propagande religieuse les martyrs vont au-devant des bourreaux ; Ptolémé Philadelphe dut défendre l'enseignement de l'immortalité de l'âme dans ses États, dans la crainte de les voir se dépeupler ainsi. Encore de nos jours les cérémonies religieuses de la Mecque et de Jagernauth sont marquées par l'écrasement volontaire de nombreux fanatiques sous les pieds des chevaux et les roues des chars sacrés.

L'espoir d'une vie meilleure peut pousser au suicide, à plus forte raison lorsque celui qui y a recours se croit l'émanation directe de la divinité méconnue sur cette terre. Pour s'identifier plus complètement avec le Christ qu'ils croient être, des illuminés, pratiquent sur eux-mêmes des mutilations et des tortures rappelant de plus ou moins près les douleurs de la Passion de Jésus. L'exemple classique de ce genre de réac-

[1] *Les régicides*, p. 32.

tion souvent renouvelée depuis, est le cas classique de Mathieu Lorat rapporté par Marc[1].

Mathieu Lorat, cordonnier à Venise, dominé par des idées mystiques, se coupa les parties génitales et les jeta par la croisée. Il avait préparé d'avance tout ce qu'il lui fallait pour panser sa plaie et n'éprouva aucun autre accident fâcheux. Quelque temps après, il se persuada que Dieu lui ordonnait de mourir sur la croix ; il réfléchit pendant deux ans sur les moyens d'exécuter son projet, et s'occupa de préparer les instruments de son sacrifice. Enfin le jour est arrivé : Lorat se couronne d'épines, dont trois ou quatre pénétrèrent dans la peau du front; un mouchoir blanc serré autour des flancs et des cuisses couvre les parties mutilées; le reste du corps est nu; il s'assied sur le milieu de la croix qu'il a faite et ajuste ses pieds sur un tasseau fixé à la branche inférieure de la croix, le pied droit reposant sur le pied gauche; il les traverse l'un et l'autre d'un clou de cinq pouces de longueur qu'il fait pénétrer, à coups de marteau, jusqu'à une grande profondeur dans le bois; il traverse successivement ses deux mains avec des clous longs et acérés, en frappant la tête des clous sur le sol de sa chambre, élève ses mains ainsi percées et les porte contre les trous qu'il a pratiqués d'avance, à l'extrémité des deux bras de la croix et y fait pénétrer les clous afin de fixer ses mains. Avant de clouer la main gauche, il s'en sert pour se faire, avec un tranchet, une large plaie au côté gauche de la poitrine. Cela fait, à l'aide de cordages préparés et de légers mouvements du corps, il fait trébucher la croix qui tombe en dehors de la croisée, et Lorat reste suspendu à la façade de la maison. Le lendemain on l'y trouva encore; la main droite seule était détachée de la croix et pendait le long du corps. On détacha ce malheureux, on le transporta aussitôt à la clinique impériale. Aucune plaie n'était mortelle : Lorat guérit de ses blessures, mais non de son délire.

On remarqua que pendant l'exaspération de son délire, il ne se plaignait pas, tandis qu'il souffrait horriblement pendant les intervalles lucides. Il fut transféré à l'hospice des insensés; il s'y épuisa par des jeûnes volontaires et mourut phtisique le 8 avril 1806.

[1] *Bibliothèque médicale*, p. 76, 1811.

Le dernier exemple de crucifié volontaire offre, avec le précédent, la plus complète analogie, il a été signalé à Kœnigsberg le 5 avril 1898.

Un prêtre irlandais, que nous avons observé, était atteint de délire mélancolique à teinte mystique; il se livrait publiquement à l'onanisme, puis se lamentait et cherchait opiniâtrement à se mutiler. C'est ainsi qu'il s'est en partie arraché les testicules. A l'entrée il opposait un refus d'alimentation absolu, puis il a tenté par deux fois de se précipiter du haut d'un escalier. Maintenu au lit, camisolé et surveillé, il s'est entaillé profondément la langue avec les dents; il a ainsi rongé ses propres lèvres et entamé les commissures, enfin il a dilacéré de la même façon les draps à la portée de sa bouche pour en avaler les lambeaux et s'étouffer. Bâillonné, il est mort d'une perforation intestinale, due à des corps étrangers antérieurement ingurgités.

Cette énergie sauvage, apportée à l'accomplissement du suicide par les mystiques, est encore plus stupéfiante lorsqu'elle affecte la forme collective et épidémique; on a observé aux XVIIe, XVIIIe et XIXe siècles des suicides en masse, parmi les fanatiques orthodoxes russes (incinérés volontaires dans le Raskol Russe. Sapojnikow, Moscou 91) et tout récemment encore une épidémie de suicides religieux par l'emmurement et l'ensevelissement vifs, a sévi près de Tchernigow. La relation due au Dr Sikorski nous montre là les prophéties habituelles et la présence d'une délirance active attachée à son œuvre de lugubre prosélytisme qu'elle clôt de son propre suicide avec les derniers meneurs.

On le voit, ces réactions des mystiques sont caractérisées par une ténacité, en quelque sorte surhumaine, pour emprunter une expression à leur délire même. Les précautions actuelles les plus minutieuses, comme le long espace de temps écoulé, n'en viennent trop souvent pas à bout.

Quand on a affaire au lieu de délirants systématiques à des mélancoliques religieux simples, les réactions n'en sont pas moins dangereuses, ils tuent encore au cours de raptus où ils se croient les instruments du démon, ou bien pour être à leur tour exécutés ensuite, châtiment désiré mais mérité à leurs yeux, qu'ils ne se sentent pas le courage de s'infliger eux-mêmes.

Les mutilations, la castration surtout sont également fré-

quentes (cette dernière peut s'opérer en masse comme cela se fait chez les Skoptsi Russes)[1] ; on connait la tentative de Mme de Bielfeld qui cherchait à s'ouvrir le ventre, se croyant enceinte du diable.

Dans d'autres cas (démences, paralysies générales, etc.), la mort est la conséquence accidentelle d'une hallucination comme pour ce malade d'Esquirol (t. I, p. 542), à qui une voix céleste dit : « Mon fils, viens t'asseoir à côté de moi ! » aussitôt il saute par la fenêtre et se tue. Un autre croit entendre les harmonies célestes et voit un char lumineux qui vient le prendre pour le porter au ciel, il ouvre sa croisée pour entrer dans le char et se précipite.

Ces quelques exemples suffisent à montrer que les fous religieux sont, entre tous les aliénés, les plus constamment dangereux pour eux-mêmes et pour leurs semblables.

Les mutilations, le suicide et l'homicide sont en quelque sorte des réactions banales chez eux, il s'ensuit la nécessité absolue d'un internement précoce.

A l'asile ils seront l'objet d'une surveillance incessante tant au point de vue des attentats sur les autres malades et le personnel qu'au point de vue des réactions vis-à-vis d'eux-mêmes ; il est des cas où les moyens mécaniques de contention sont nécessaires, outre la surveillance attentive et continue du personnel.

Au point de vue des sorties, on doit se souvenir du malade de Pinel dont vingt années de calme n'avaient pas atténué les tendances homicides.

Au point de vue social, l'internement n'est pas moins indiqué pour éviter la contagion, le délire religieux étant le type du délire communiqué le plus fréquent. Ce sera le moyen thérapeutique infaillible de guérison pour les débiles ou hystériques contagionnés ; le diagnostic du délirant actif principal sera des plus importants ; à son égard le pronostic est en effet tout différent, la chronicité ordinaire de sa psychose écarte le plus souvent l'hypothèse d'une guérison prochaine et d'une sortie qui pourrait faire renaître l'épidémie première.

[1] Nos lecteurs consulteront avec fruit sur ce sujet, la très intéressante brochure de notre ami Teinturier, intitulée : *Les Skoptzy* (*étude médico-légale sur une secte religieuse qui pratique la castration*). Paris, librairie du *Progrès médical*.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. La rétraction de l'aponévrose palmaire chez les diabétiques; par le Dr Maréchal. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 9.)

On trouvera dans ce travail la relation de deux cas de diabète au cours desquels est apparue une rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire. Cette rétraction se présentait avec ses caractères habituels : les deux derniers doigts de chaque main étaient en flexion, la peau de la paume de la main adhérait fortement aux tissus sous-jacents, etc. Etant donné que cette double rétraction de l'aponévrose palmaire s'observe dans la goutte, le diabète, le rhumatisme, etc., l'auteur croit qu'elle doit rentrer dans le groupe des trophonévroses, attribuables soit à une altération des rameaux nerveux périphériques, ou plutôt, en raison de sa bilatéralité, à une lésion des centres nerveux. G. Deny.

II. Un cas d'acromégalie en gant; par I. Crocq. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 9.)

Observation d'une femme de quarante-cinq ans qui, à la suite de travaux de couture exagérés, est atteinte depuis plus de dix ans, d'une atrophie avec déformation en griffe des deux mains. Cette atrophie est exactement limitée aux muscles des mains et ne dépasse pas les plis articulaires des poignets. Il n'existe aucune modification de la sensibilité. L'auteur pense qu'il s'agit dans ce cas d'une poliomyélite chronique et pour expliquer la localisation de l'amyotrophie à l'extrémité du membre supérieur, il admet que la lésion est elle-même localisée à l'*étage métamérique de la main.* G. D.

III. Des lésions compensatrices dans l'angine de poitrine; par le Dr J. Pawinski, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Varsovie. (*Gazeta Lykarska*, janvier 1899.)

L'auteur a observé plusieurs cas où l'angine de poitrine fut suppléée petit à petit par d'autres lésions qui diminuèrent notamment le mauvais pronostic et les crises douloureuses de cette funeste maladie. Ces lésions compensatrices peuvent selon M. Pawinski, évoluer dans deux voies, tantôt c'est une insuffisance aortique qui paraît, tantôt une insuffisance mitrale. Ces deux

lésions peuvent être relatives et absolues; elles ne sont que passagères et aboutissent finalement à l'hypertrophie du muscle cardiaque. L'insuffisance mitrale suite d'une angine de poitrine se développe moins souvent que l'autre; l'angine apparaît généralement à l'âge où les artères deviennent athéromateuses, ce qui provoque une insuffisance aortique. En général, ces lésions diminuent la tension artérielle et permettent aux artères coronaires de se remplir plus facilement. La tension moins grande du sang dans les artères excite moins les nerfs du cœur.

Si l'organisme se défend contre une maladie en se créant d'autres portes, il faut que le médecin aide un peu la nature. L'auteur est de cet avis qu'il faut donner à un cœur ainsi malade un sang contenant beaucoup d'hémoglobine pour produire un travail plus grand. C'est pourquoi le régime lacté n'est pas toujours bon.

Il faut donner une nourriture substantielle et la viande convient le mieux dans ce cas. Le cœur normal absorbe 3 p. 100 sur 10 p. 100 d'oxygène total, le cœur malade en use 5 p. 100. On voit de ceci quel danger présente pour le malade une nourriture peu substantielle. L'épuisement est parfois plus grand, si avec le régime lacté on donne de grandes doses d'iodure; on a abusé des combinaisons iodées dans cette maladie. Le camphre, caféine, digitale et une nourriture riche en albuminoïdes produisent un plus grand effet.

La suppléance qui se fait en créant des lésions moins dangereuses est très importante au point de vue du travail que le malade peut produire. Il faut qu'au moment de la production de nouvelles lésions le malade garde le lit; le médecin doit être en éveil, quand l'oppression et la douleur remplacent les crises d'angine de poitrine. En général, ces lésions, en augmentant le rythme du cœur, produisent la dégénérescence graisseuse et sclérose des artères qui au commencement bienfaisantes, peuvent envahir les coronaires, et dans ce cas l'organisme ne trouve plus de salut. G. DE MAJEWSKA.

IV. **Un cas de tremblement segmentaire dans la sclérose en plaques**; par le professeur GRASSET. (*Revue Neurologique*, avril.) (Voir p. 395 du n° 41.)

V. **Deux cas d'ophtalmoplégie externe chez deux frères jumeaux**; par le professeur HOMEN.

Il s'agit de deux cas d'ophtalmoplégie externe, chronique et progressive, d'une pureté peu commune et présentant un intérêt tout spécial par le fait que les deux malades étaient frères jumeaux et par l'opération qui fut exécutée sur eux, par le Dr Forselles, constituant ainsi le premier essai de transplantation tendineuse ou musculaire dans un pareil cas.

L'opération fut la suivante : incision horizontale au travers du sourcil gauche, le long du bord de l'orbite. Quand on a pénétré dans l'intérieur de celle-ci, le muscle releveur atrophié est attiré et coupé en son milieu. Cela fait, la peau recouvrant le muscle frontal est détachée jusqu'à mi-hauteur du front et sur le muscle frontal ainsi mis à nu on fixe au moyen de trois sutures au catgut l'extrémité libre de la partie périphérique du muscle élévateur; la plaie est refermée par des sutures cutanées. Dans l'un des cas, il survint une infection de la plaie, qui neutralisa totalement le succès de l'opération.

Dans le second cas, l'opération eut une utilité manifeste et les résultats en auraient été encore plus efficaces si l'on n'avait craint d'aller trop loin et si l'on n'avait fixé le tronçon périphérique de l'élévateur un peu plus haut sur le muscle frontal. Cette opération, facilement exécutable en pratique, serait à recommander dans les cas du même genre, lorsque le ptosis atteint un degré trop gênant. (*Revue neurologigue*, mars 1899.) E. B.

VI. Les contractures et la portion spinale du faisceau pyramidal ;
par le professeur GRASSET.

De tous les chapitres de localisations spinales, si brillamment créés et développés par Charcot, aucun n'est resté plus discuté dans son existence et plus difficile dans sa théorie que le chapitre du cordon latéral et de ses rapports avec les contractures. Tout d'abord, l'auteur démontre la réalité et la vérité de cette loi anatomo-clinique (qui découle des premiers travaux de Charcot) : les contractures permanentes et l'état pariéto-spasmodique d'origine médullaire sont en rapport constant avec la lésion de la partie spinale du faisceau pyramidal. Les preuves démonstratives de cette loi anatomo-clinique se rencontrent dans les huit groupes de faits suivants : 1° contracture tardive permanente des hémiplégiques ; 2° sclérose latérale amyotrophique ; 3° tabes spasmodique ; 4° tabes combiné ; 5° sclérose en plaques ; 6° compression de la moelle et myélites transverses ; 7° hémiplégie spasmodique infantile ; 8° maladie de Little.

Admettant comme cliniquement démontrée la corrélation constante entre les contractures (et l'état spasmodique) d'une part et la lésion du faisceau pyramidal, de l'autre, par quel mécanisme la lésion ou l'absence des faisceaux pyramidaux entraîne-t-elle la contracture permanente ou l'état pariéto-spasmodique ?

Depuis Vulpian, Charcot et Brissaud, il est acquis que la contracture est due à l'exagération du tonus. Le centre du réflexe tonus est dans les cellules des cornes antérieures de la substance grise. Les voies centripètes de ce réflexe sont les prolongements cellulifuges des neurones ganglionnaires sensitifs et les voies cen-

trifuges sont les prolongements cellulifuges des cellules antérieures de la moelle.

Au-dessus de ces cellules radiculaires, sont les cellules semblables des étages supérieurs, qui agissent sur les premières par les fibres courtes et plus haut il y a « quelque part » un centre régulateur d'où part une action nerveuse double et antagoniste : une action inhibitrice qui passe par les faisceaux pyramidaux (Anton., P. Marie) et une action excitatrice qui passe par les voies indirectes ponto-cérébello-spinales. (Van Gehuchten.) La contracture est le résultat de la suppression de l'action inhibitrice (destruction pathologique ou absence congénitale du faisceau pyramidal) avec conservation de l'action excitatrice (par les voies indirectes ponto-cérébelleuses).

Voilà qui paraît acquis définitivement. Reste un point à établir : où est le centre régulateur d'où part cette double action inhibitrice et excitatrice sur le tonus? Tous les auteurs disent : elle est dans l'écorce cérébrale. Et alors à tous les auteurs on objecte : pourquoi la contracture n'apparaît-elle que quand la lésion atteint la partie sous-protubérantielles du faisceau pyramidal ?

Pour résoudre cette difficulté, il faut et il suffit que le centre d'où part cette double action modificatrice du tonus ne soit pas dans l'écorce, mais soit plus bas, dans la protubérance.

L'écorce cérébrale a certainement une action sur les réflexes et sur le tonus; mais les réflexes complexes comme le tonus ont un centre régulateur automatique, et c'est de ce centre automatique que partent les actions inhibitrices et excitatrices en question. Or ce centre automatique est tout à fait distinct du centre volontaire, comme il est distinct du centre réflexe simple inférieur (médullaire), et c'est ce centre automatique que le professeur Grasset place dans la protubérance.

En résumé, la contracture d'origine spinale est bien liée à l'altération où à l'absence de la portion spinale du faisceau pyramidal; cette altération déterminant la contracture par la suppression de l'action inhibitrice du tonus qui part de la protubérance et vient aux cellules radiculaires par le faisceau pyramidal. (*Revue neurologique*, février 1899.) E. B.

VII. Des paralysies généralisées dans la fièvre typhoïde; par le Dr Étienne.

Les cas de paralysies généralisées, diffuses, au cours de la fièvre typhoïde, sont rares, mais tous sont loin d'être absolument comparables entre eux. L'auteur a eu la bonne fortune d'en recueillir plusieurs observations qui peuvent servir à éclairer cette difficile question de pathologie générale nerveuse.

La complication constituant les paralysies généralisées observées

dans le cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde, peut se présenter sous trois types cliniques, trois syndromes, traduisant l'action élective de l'agent pathogène sur le corps du neurone périphérique ou sur son prolongement, ou bien sur le neurone périphérique dans sa totalité.

I. Syndrome manifestant la poliomyélite antérieure suraiguë ascendante, groupe auquel on peut conserver le nom, d'ailleurs impropre, de maladie de Landry (secondaire).

II. Syndrome manifestant la polynévrite.

III. Paralysie généralisée de type mixte traduisant la lésion combinée des deux éléments du neurone périphérique. (*Revue neurologique*, février 1899.) E. B.

VIII. **Syphilis et tabes**; par M. E. Touche. (*Presse médicale*, 15 mars 1899.)

Sur 23 hommes tabétiques soignés à l'hospice de Brévannes, M. Touche en a trouvé 12 notoirement syphilitiques. Le tabes a éclaté chez ces 12 malades à une époque très variable. D'après le tableau donné par l'auteur, il est tout à fait impossible de prévoir, en se basant sur l'époque d'invasion de la syphilis, la date de l'apparition du tabes. Le fait que la syphilis ait été traitée dès le début, qu'elle ait été bien ou mal traitée, ne semble avoir sur l'époque tardive ou prochaine de l'apparition du tabes qu'une influence bien problématique. A. Fenayrou.

IX. **Myxœdème spontané infantile**; par M. Briquet. (*Presse médicale*, 4 mars 1899.)

D'après l'auteur, il y a lieu de distinguer trois sortes de myxœdème infantile : 1° le myxœdème congénital, comprenant les cas, d'ailleurs rares, où le corps thyroïde paraît manquer dès la naissance; 2° le myxœdème infantile spontané; cette variété correspondait au myxœdème spontané de l'adulte, mais se caractériserait par ce fait que l'altération ou l'atrophie du corps thyroïde, est survenue à une époque quelconque de la croissance; 3° le myxœdème infantile opératoire, désignant les accidents qui surviennent après l'ablation du goitre, quand celle-ci est pratiquée avant que le corps ait atteint son développement complet. M. Briquet étudie le myxœdème spontané infantile qui se distingue du myxœdème spontané de l'adulte, en ce que la suppression des fonctions thyroïdiennes chez un enfant entraîne immédiatement un arrêt complet dans le développement de l'intelligence et un ralentissement ou un arrêt dans le développement du squelette (nanisme). A propos de l'étiologie de cette affection, il se demande

s'il faut incriminer, comme on le fait généralement, une thyroïdite survie d'atrophie du corps thyroïde; en effet, d'ordinaire, cette thyroïdite ne se manifeste par aucun symptôme, et il est bien difficile d'en déterminer la cause. Peut-être pourrait-on admettre dit-il (et, alors, il n'y aurait pas lieu d'établir une distinction entre le myxœdème congénital et le myxœdème spontané), que, par suite d'une malformation congénitale, certains sujets naissent avec un corps thyroïde trop petit, insuffisant d'emblée (myxœdème congénital), ou ne devenant insuffisant que plus tard, à un moment où les besoins de l'organisme en thyroïdine augmentent (myxœdème infantile, myxœdème de l'adulte). L'idée d'une malformation congénitale expliquerait, mieux que celle d'une thyroïdite infectieuse accidentelle, les cas où, dans la même famille, il y a plusieurs sujets atteints d'affections d'origine thyroïdienne, plusieurs infantiles, par exemple. M. Briquet considère comme moins plausible que la précédente, l'hypothèse d'après laquelle le corps thyroïde manquerait ou serait insuffisant dès la naissance, mais les accidents ne se produiraient qu'au moment où les organes capables de les suppléer (thymus, glande pinéale), disparaitraient ou deviendraient eux-mêmes insuffisants, époque très variable, selon les sujets. A. Fenayrou.

X. **Névralgie paresthésique. Névrite du fémoro-cutané**; par M. P.-A. Lop. (*Presse médicale*, 1er mars 1899.)

L'auteur rapporte une observation de l'affection décrite en 1895 par Bernhardt sous le nom de paresthésie du nerf fémoral cutané externe, et dénommmée méralgie par Roth (Berlin, 1895). La maladie s'est développée, il y a un an, chez un homme de trente ans, arthritique, exposé par sa profession à la fatigue et au froid humide. Elle a débuté par de vives douleurs comparables à des coups de canif, et survenant par accès (six à huit en 24 heures) dans le tiers inférieur de la cuisse droite; les crises douloureuses, duraient en moyenne de 24 à 36 heures. La plus violente de ces crises a eu une durée beaucoup plus longue. Elle est survenue manifestement à la suite d'une grande fatigue et a provoqué des douleurs telles qu'elles arrachaient des cris au malade ; le membre était frappé d'incapacité fonctionnelle totale; la peau du tiers inférieur de la cuisse était rouge, violacée, chaude, raidie; il était impossible d'y faire un pli; il semblait au malade que cette partie du membre était recouverte de carton dur. Il existait au tiers inférieur de la face antérieure de la cuisse jusqu'à un centimètre au-dessus de la rotule, et à la face externe de la même région jusqu'au grand trochanter de l'insensibilité à la piqûre, à la chaleur et au froid et une hyperesthésie tactile très grande. Les douleurs étaient exaspérées par la marche. A la suite du traitement

mis en œuvre (pulvérisations de chlorure d'éthyle, badigeonnage d'essence de Wintergreen), les symptômes s'atténuèrent, mais ne disparurent pas. Bien que le malade ait été antérieurement atteint de fièvre bilieuse hématurique et de fièvre typhoïde, l'auteur rejette l'hypothèse d'une névrite périphérique à cause de l'ancienneté de ces infections. Il considère la fatigue et le froid humide comme les causes occasionnelles de cette névrite et admet que ces facteurs eux-mêmes ont agi à la faveur d'un agent prédisposant : l'arthritisme. A. Fenayrou.

XI. **Chorée variable**; par M. E. Brissaud. (*Presse médicale*, 15 février 1899.)

L'auteur rapporte un cas remarquable de chorée variable, d'où ressortent nettement les deux particularités suivantes : 1° mode de début identique à celui de la chorée franche; 2° existence de mouvements complexes simulant un tic d'habitude. La jeune fille dont il s'agit, issue d'un père absinthique, et présentant elle-même de nombreuses tares physiques (infantilisme, stigmates physiques de dégénérescence) et une déséquilibration mentale manifeste, a été atteinte des premiers symptômes de chorée, à l'âge de treize ans et demi, cinq mois après avoir été atteinte d'un érysipèle. Les mouvements nerveux consistaient au début, en un simple clignement convulsif des paupières; puis la malade se mit à tirer la langue, et, enfin, peu à peu, les mouvements se généralisèrent. Le diagnostic de chorée franche s'imposait alors. La première crise dura quatre mois; elle cessa tout d'un coup, du jour au lendemain. Après deux mois de rémission, une nouvelle crise semblable à la première survint brusquement; elle fut suivie d'une autre rémission. Et, depuis lors, jusqu'au moment où elle fut observée par l'auteur, c'est-à-dire pendant trois ans, cette jeune fille présenta une série ininterrompue de crises et de rémissions toujours approximativement égales en durée et en intensité. Pendant le séjour de la malade dans le service de M. Brissaud, les symptômes se modifièrent à diverses reprises; les mouvements devinrent plus rares, plus brusques, plus limités, se répétant toujours à peu près sous la même forme (mouvements brusques de projection des bras en avant, de haussement des épaules; geste semblant avoir pour but d'écarter avec la main une mèche de cheveux imaginaire); c'était presque à s'y méprendre la maladie des tics. Les tics disparurent ensuite et furent remplacés par la coprolalie monosyllabique la plus classique; enfin, celle-ci céda elle-même la place à un nouveau tic consistant en un claquement des doigts accompagnant un geste de vive impatience. La nature dégénérative de cette névrose n'est pas douteuse; elle est surtout attestée par la variété et la variabilité des mouvements choréiques.

A raison de ces particularités, le terme chorée polymorphe des dégénérés a paru à M. Magnan préférable à celui de chorée variable. Cette dénomination aurait incontestablement l'avantage d'éviter l'emploi d'un mot nouveau pour désigner le caractère fondamental de cette névrose, caractère commun à tous les phénomènes nerveux de la dégénérescence, le polymorphisme. Mais comme l'expression, chorée variable, impliquant à la fois des variations dans la forme et dans le temps, dans la durée, est plus générale et plus précise que la première, M. Brissaud est tenté de la conserver. A. Fenayrou.

XII. Tubercules de la couche optique; par MM. Demange et Spillmann. (*Presse médicale*, 8 février 1899.)

Observation d'une jeune fille de dix-sept ans, sœur de plusieurs tuberculeux, à l'autopsie de laquelle MM. Demange et Spillmann ont trouvé dans l'hémisphère cérébral droit un vaste foyer de ramollissement occupant la presque totalité de la portion centrale du centre ovale, et une tumeur du volume d'une noisette siégeant au milieu de la couche optique droite et touchant par sa périphérie au bras postérieur de la capsule blanche interne ; l'examen histologique a démontré que cette tumeur était un tubercule. Il existait, dans la moelle, de la sclérose descendante du faisceau pyramidal. Les poumons et le foie présentaient quelques lésions tuberculeuses si peu prononcées que l'examen clinique n'avait pu les révéler. La maladie avait débuté par des attaques épileptiformes avec convulsions localisées au bras et à la jambe gauches ; ces attaques, d'abord simples, s'accompagnèrent plus tard d'aphasie passagère ; puis survint de l'hémiparésie gauche, à laquelle succéda bientôt une hémiplégie complète ; des phénomènes de contracture ne tardèrent pas à apparaître. Pendant un an environ, l'état de la malade resta stationnaire. Lors de son entrée à l'hôpital de Nancy, elle présentait une hémiplégie gauche totale avec atrophie musculaire et contractures particulièrement accusées au membre supérieur ; on constatait, en outre, des troubles de la sensibilité musculaire, de l'hémianesthésie gauche et des troubles visuels (diplopie, strabisme interne de l'œil gauche par intervalles). Pas de céphalée ni de vomissements. Conservation de l'intelligence et de la mémoire. La situation s'aggrava progressivement; les troubles visuels surtout s'accentuèrent : perte de la vision de l'œil gauche ; constatation à l'ophtalmoscope, de neurorétinite avec atrophie de la papille; puis les mêmes symptômes apparurent à l'œil droit et la cécité devint complète. La malade mourut dans le coma, dix-huit mois environ après le début des accidents.

La compression de la branche postérieure de la capsule interne

par la tumeur explique l'hémianesthésie, symptôme qui fait habituellement défaut en pareil cas, et la sclérose des faisceaux pyramidaux; peut-être faut-il aussi lui attribuer la destruction de la substance blanche depuis le point comprimé de la substance blanche jusqu'aux régions postérieures de l'écorce cérébrale. Les auteurs pensent que les troubles de la vision sont probablement dus à l'œdème lymphatique du nerf optique, lequel peut, à lui seul, produire des lésions graves de ce nerf et conduire à la cécité, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'hypothèse très problématique de toxines sécrétées par la tumeur. A. Fenayrou.

XIII. Sur le phénomène de Ch. Bell dans la paralysie faciale périphérique et sur sa valeur pronostique; par MM. Bordier et Frenkel. (*Presse médicale*, 11 janvier 1899.)

MM. Bordier et Frenkel reconnaissent volontiers que le phénomène qu'ils croyaient avoir observé, les premiers, dans la paralysie faciale périphérique et dont ils ont donné la description dans le numéro du 8 septembre 1898 de la *Semaine médicale*, avait été signalé, mais incomplètement, avant eux par Ch. Bell, et rapporté, après cet auteur, sans développement, par divers neurologistes allemands. Ils constatent ensuite que la valeur pronostique et l'interprétation du « phénomène de Ch. Bell », telles qu'elles ont été établies par eux, résistent aux critiques dont elles ont été l'objet et restent exactes. A. Fenayrou.

XIV. Artérite syphilitique des deux sylviennes et du tronc basilaire; par M. C. Bacaloglu. (*Presse médicale*, 1er mars 1899.)

Observation d'un malade de trente-quatre ans, qui, trois ans et demi après avoir contracté la syphilis, fut atteint brusquement d'hémiplégie droite. Cette hémiplégie disparut en quelques semaines. Le traitement spécifique fut prescrit au malade, mais celui-ci refusa de s'y soumettre. Dix-huit mois plus tard, il fut frappé d'hémiplégie droite avec aphasie, hémiplégie qui, cette fois, se dissipa seulement aux membres pour se cantonner à la région du facial inférieur avec persistance des troubles de la parole. Malgré le traitement antisyphilitique énergique auquel il fut soumis, il ne tarda pas à mourir, après avoir présenté une agitation violente bientôt suivie de coma avec troubles respiratoires et vaso-moteurs, troubles des sphincters, et élévation extrême de la température. A l'autopsie, on constata, du côté droit, des lésions d'endo-périartérite ancienne de la cérébrale moyenne, et un foyer de ramollissement périphérique au niveau de l'insula; du côté gauche, de la thrombose de la sylvienne, au niveau où cette artère fournit les perforantes antérieures et un foyer de nécrobiose au

niveau de la partie antérieure et externe du noyau lenticulaire. La circonvolution de Broca et les circonvolutions fronto-pariétales étaient congestionnées, mais il n'y avait pas de ramollissement périphérique ; la lésion était centrale, située au noyau lenticulaire. Il existait en plus de l'artérite oblitérante du tronc basilaire, sans nécrobiose du bulbe.

Cette observation montre la bilatéralité des lésions et leur symétrie, ainsi que la précocité des lésions; celles-ci sont survenues, en effet, dans le cours de la quatrième année après l'infection syphilitique. Elle montre aussi des lésions d'endo-périartérite d'âge différent, évoluant successivement. Elle met enfin en relief l'importance du traitement spécifique intensif, surtout après une première atteinte. A. Fenayrou.

XV. Sur quelques variétés d'hémorragies méningées; par le professeur Boinet.

Cet article a été analysé dans le numéro de juin des *Archives de Neurologie*, p. 499.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 27 *mars* 1899. — Présidence de M. J. Voisin.

Rétablissement du prix Esquirol.

Suivant les conclusions du rapport du secrétaire général, la Société décide de rétablir le prix Esquirol dont elle prélèvera le montant sur son propre fonds. M. B.

Séance du 24 *avril* 1899. — Présidence de M. J. Voisin.

L'hérédité dans les familles d'aliénés et la théorie générale de l'hérédité.

M. Sollier donne lecture d'un rapport sur le mémoire communiqué par M. Orchanski dans la séance de février. Le mémoire se

compose de deux parties : une de statistiques, statistiques très nombreuses et portant sur des chiffres de familles examinées, allant parfois jusqu'à deux cent cinquante et trois cents. Ce sont ces statistiques qui présentent le plus grand intérêt.

Quant à l'autre partie, c'est de la théorie et de l'hypothèse, et bien que les considérations auxquelles se livre l'auteur offrent une certaine vraisemblance par la logique des déductions et l'argument des remarques, il serait téméraire, dit le rapporteur, de porter sur elles un jugement précis. Mais ce qu'il peut dire, c'est que le travail de M. Orchanski met en relief bien des points de vue que soulève cette question toujours d'actualité qu'est l'hérédité tant normale que pathologique. M. Sollier propose, en conséquence, à la Société de mettre en discussion les principales conclusions de l'auteur qui ont, en dehors de leur intérêt théorique, un intérêt pratique au point de vue de la prophylaxie des affections nerveuses et mentales en particulier, en montrant l'influence réciproque des deux parents sur la ressemblance et l'évolution des descendants.

M. B.

Séance du 20 *mars* 1899. — PRÉSIDENCE DE M. J. VOISIN.

Prix Moreau (de Tours).

La Société, acceptant les conclusions de M. BOISSIER, rapporteur de la Commission du prix Moreau (de Tours), décerne ce prix à M. Bernard-Leroy pour son mémoire sur *L'illusion de fausse reconnaissance*. Une mention très honorable est en outre accordée au travail de M. Wahl sur *La descendance des paralytiques généraux* et à celui de M. Lalanne sur *Les persécutés mélancoliques*. Huit mémoires avaient été présentés pour le concours.

Prix Belhomme.

M. SOLLIER donne lecture du rapport de la commission du prix Belhomme. Deux mémoires avaient été présentés. Le prix avec une somme de 450 francs est accordé à M. J. Boyer, professeur à l'Institut médico-pédagogique à Vitry. Une mention avec une somme de 250 francs est décernée aux auteurs de l'autre mémoire, MM. Rodier et Ameline, internes à l'Asile clinique. En 1901, les candidats auront à traiter *Du délire chez les idiots et les imbéciles à l'exclusion des arriérés*.

Mlle ROBINOWITCH communique quelques observations d'aliénés présentant des obsessions et diverses impulsions morbides. L'auteur conclut que l'isolement est le meilleur traitement qui convienne à ces malades.

La myoclonie épileptique.

M. Maurice Dide donne lecture d'un travail sur la myoclonie épileptique. Le phénomène, impossible à produire artificiellement, est toujours conscient. Les secousses myocloniques, dont la durée ne dépasse pas une seconde, peuvent se montrer dans tous les muscles. Elles préoccupent beaucoup plus les malades que les attaques caractérisées et, comme celles-ci, s'améliorent par le bromure. Elles peuvent précéder de plusieurs années l'apparition du grand mal. Marcel Briand.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES.

Xe Session. — *Marseille, avril* 1899 [1].

Pour compléter le compte rendu que nous avons donné du Congrès de Marseille, nous croyons devoir donner le résumé d'une communication de M. Mabille et d'une autre de MM. Febvré et Picqué.

Psychoses polynévritiques.

M. Mabille. — Comme M. Régis, je crois que les caractères mentaux de l'affection décrite par Korsakoff sous le nom de psychose polynévritique ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'on rencontre dans les autres psychoses par auto-intoxication. C'est toujours le même trouble à base de confusion mentale, le même ensemble de phénomènes hallucinatoires à caractère plus ou moins terrifiant, la même perte plus ou moins accentuée des souvenirs, troubles variant peut-être avec la nature ou la durée d'action de l'agent toxique. La polynévrite peut elle-même, d'ailleurs, exister sans les troubles mentaux.

Ce qui me paraît surtout dominant dans l'étude de ces psychoses par auto-intoxication, avec ou sans polynévrites, c'est la persistance fort longue des troubles amnésiques, alors même que les autres troubles, les troubles névritiques en particulier, ont disparu. A l'appui de ma thèse, je puis citer deux observations de malades qui ont guéri après avoir conservé pendant assez longtemps des troubles de la mémoire.

[1] Voir le dernier numéro, *juin*, p. 476-506.

Dans mes deux observations, le vin était l'agent toxique; ainsi, chez ma première malade, il s'agit d'une femme originaire de l'île de Ré, née de père et mère alcooliques. Alcoolique elle-même, elle buvait au robinet du tonneau jusqu'à être ivre-morte; elle ne buvait que du vin. A son entrée (novembre 1895), confusion mentale avec intermittence de calme et d'agitation, troubles hallucinatoires à forme zoophique, paraplégie symétrique bilatérale avec atrophie des muscles des jambes et des cuisses, avec pieds en varus équin, œdème des extrémités et peau luisante. Pas d'albumine, pas de sucre, pas de stigmates hystériques. L'impotence fonctionnelle s'amende graduellement et disparaît vers avril 1896 et l'état mental s'améliore. Mais pendant plusieurs semaines, la perte de la mémoire subsiste. — Ma seconde observation est identique à la première. Dans ces deux cas, les phénomènes d'ivresse et l'alcool de vin ont dû jouer un rôle important. J'ajouterai que l'alcool de vin a été rarement signalé dans l'étiologie de l'affection en question.

Du rôle de l'hygiène et de la gynécologie dans les services de femmes aliénées; par les Drs Picqué, chirurgien de la Pitié et des asiles de la Seine, et Febvré, médecin de l'asile de Ville-Evrard.

Depuis quelques années, des réformes sérieuses ont été apportées dans les services d'aliénés. Le vieil asile avec ses quartiers toujours fermés et toujours symétriques, ses murs élevés, ses moyens de contention, tend à disparaître pour faire place à un régime de liberté qui, de jour en jour, prend plus d'extension. La sélection entre les diverses catégories d'aliénés est venue à son tour, et a permis l'essai de modes d'hospitalisation appropriés aux diverses formes d'aliénation mentale observées. L'étude comparative de l'hospitalisation dans les asiles proprement dits, les asiles colonies et les colonies familiales ou agricoles, basées sur des expériences faites à l'étranger, est aujourd'hui l'objet de discussions approfondies, tant à la Commission de surveillance des asiles de la Seine, qu'au sein de la grande Commission organisée par le conseil général de la Seine, en vue de la réforme des services d'aliénés. La question de l'assistance des aliénés préoccupe à juste titre l'opinion publique, qui s'est émue des critiques passionnées qui se sont élevées contre nos établissements de traitement. Les asiles de la Seine n'ont naturellement pas échappé à des attaques dont la violence exagérée a été heureusement tempérée par un examen impartial du fonctionnement des établissements hospitaliers similaires de l'étranger.

Dans cet article, notre intention n'est pas d'aborder la question de l'organisation en général des asiles d'aliénés; nous voulons seulement nous borner à examiner un côté de la question, en nous

plaçant au point de vue de l'hospitalisation des femmes aliénées.

Notre pratique hospitalière déjà longue et les observations que nous avons faites en commun, nous ont prouvé que, dans la composition actuelle des services d'aliénés on n'a peut-être pas tenu suffisamment compte de certaines considérations d'ordre hygiénique et thérapeutique spéciales à la femme.

L'asile, construit toujours sur le même plan et pour un nombre de lits fixé à l'avance, avec des bâtiments identiquement disposés à l'intérieur, qu'il s'agisse de l'hospitalisation des hommes ou des femmes, n'a été pendant longtemps qu'une « renfermerie », destinée à éloigner de la société des êtres susceptibles de devenir une cause de danger ou de trouble.

Depuis quelques années, les idées humanitaires qui se font jour tendent à substituer à cette manière un peu primitive, pour ne pas dire un peu barbare, de concevoir l'isolement des aliénés, une méthode non plus uniforme, mais s'inspirant des conditions physiques et intellectuelles présentées par les aliénés, suivant leur âge, leur sexe, leur délire, leurs aptitudes, etc.

Néanmoins, il faut bien l'avouer, rien ou presque rien n'a été fait pour donner à la femme aliénée certains soins hygiéniques dont elle a absolument besoin et dont la privation constitue pour elle un véritable supplice. On peut encore voir dans certains asiles de province des sections comprenant plus de cent malades sans un lavabo, des dortoirs de soixante malades et plus sans le moindre filet d'eau destiné aux usages de la toilette. Les affections gynécologiques chez les femmes aliénées sont cependant d'une extrême fréquence, sur soixante-six malades examinées par M. le Dr Picqué et par moi au point de vue gynécologique, sept seulement n'ont présenté aucune lésion des organes génitaux, soit environ une proportion de 89 p. 100 de femmes aliénées affectées de lésions de l'appareil génito-urinaire. Nous devons dire que nous comprenons sous ce titre toutes les lésions inflammatoires ou autres, en exceptant toutefois les altérations scléro-kystiques de l'ovaire et les salpingites légères contre lesquelles nous n'avons jamais institué un traitement chirurgical.

La question des interventions chirurgicales chez les aliénées, agitée autrefois par Loiseau et Azam, à propos des folies sympathiques, a été de nouveau soulevée le 31 août 1897 à Montréal au 65e congrès de la Brit. med. Association (section de psychiatrie), par MM. les Drs Rohé et Hobbs. La statistique du Dr Rohé, médecin en chef de l'asile de Maryland, porte sur 34 cas, et se décompose ainsi : 11 guérisons complètes (état physique et état mental), 9 améliorations, 11 états stationnaires, 3 morts opératoires. La statistique du Dr Hobbs, médecin de l'asile de London (Ontario), porte sur 80 cas et elle donne les résultats très favorables suivants : 30 guérisons, soit 37 1/2 p. 100 ; 18 améliorations, soit 22 1/2 p. 100 ;

et 28 états stationnaires, soit 35 p. 100, 4 morts, soit 5 p. 100 du total.

Le Dr Russell, médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Hamilton, s'est déclaré l'adversaire résolu de toute intervention chirurgicale, chez les aliénées, en s'appuyant sur l'opinion de 120 aliénistes de la Grande-Bretagne et d'Amérique; mais il est facile de se convaincre que, pour beaucoup de ces médecins, la question mal posée laissait supposer qu'il s'agissait du traitement systématique de la folie par la chirurgie.

En Belgique, le Dr Cuylitz a communiqué à la Société de Médecine mentale de Bruxelles, un travail très important sur les opérations gynécologiques en médecine mentale; mais il a paru surtout envisager l'hystérie et l'épilepsie. — Jacobs, tout en admettant certaines relations sympathiques, est peu partisan de l'intervention chirurgicale au cours des psychoses. — En Italie, Angelucci et Pieraccini ont publié également un mémoire très important sur la question.

En France, peu de chirurgiens se sont occupés de la question lors de la discussion sur les psychoses. Quelques-uns ont émis une opinion toujours peu favorable à l'intervention chirurgicale chez les aliénées. D'autre part, des observations ont été publiées. Terrillon a cité, il y a quelques années, une observation qui a trait à ce sujet.

Le Dr Piéchaud, au congrès des médecins aliénistes de 1896, a relaté deux observations relatives à des interventions chirurgicales et suivies, l'une de guérison, l'autre d'amélioration de l'état mental. Ces cas sont restés isolés. Aucun auteur n'a songé à en déduire l'enseignement qu'ils comportent réellement. Enfin Cossa (thèse de Montpellier) a consacré sa thèse à la question du traitement chirurgical de la folie sympathique.

M. le professeur Joffroy, dans une leçon clinique très remarquable, a traité incidemment la question des rapports de la chirurgie et de l'aliénation mentale.

Nous ne voulons pas nous étendre plus longuement sur l'historique de la question; nous n'avons pas en effet l'intention de revenir sur les théories émises à propos de la folie sympathique. Le terme de folie sympathique est d'ailleurs un terme générique vague, qui évoque simplement l'idée du retentissement à distance d'organes éloignés et malades, sur le cerveau, et qui doit disparaître pour faire place à des états intellectuels bien définis, liés ou non à la dégénérescence. Nous croyons, toutefois, que la grande chirurgie de l'abdomen qui a été jusqu'à ce jour peu pratiquée sur les aliénées en raison de lacunes hospitalières, peut dans certains cas aboutir à des résultats inespérés, en faisant cesser brusquement des troubles organiques graves, survenus à la suite de lésions organiques ou de néoplasmes très étendus. De même, nous pensons

que les aliénées doivent bénéficier de toutes les nouvelles données gynécologiques, inconnues au moment où Loiseau et Azam publiaient leurs travaux sur la folie sympathique.

— L'importance des causes physiques dans la genèse du délire ne saurait être niée ; elle a été mise en évidence dans les traités de Pinel, de Marcé, d'Esquirol, qui ont toujours insisté sur le mode de réaction du cerveau en présence de la souffrance physique. Si, comme nous l'exposions dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie de Paris, certaines aliénées semblent jouir d'une résistance très grande aux agents physiques, si, rarement, elles font entendre une plainte ou accusent un malaise, elles n'en sont pas moins impressionnées par les moindres causes extérieures, par de simples variations atmosphériques. L'irritabilité constitue dès lors l'élément le plus redoutable du délire, surtout dans les formes de la folie dont les préoccupations hypochondriaques donnent la note prédominante.

Ces quelques considérations prouvent surabondamment le rôle tout humanitaire que nous voulons assigner à la gynécologie appliquée aux aliénées. Nous avons été frappés par l'énorme proportion des affections de l'utérus ou de ses annexes, chez les femmes aliénées. Notre statistique donne le chiffre de 89 p. 100 ; George Rohé, second surintendant à l'hôpital des aliénés de Sykerville (Maryland), déclare que 60 p. 100 des folles internées présentent des lésions des organes pelviens. Isabel Dowenport, à l'hôpital Illinois à Kankakee, a trouvé une proportion de 80 p. 100, et Hobbs, au congrès de Montréal, a donné le chiffre de 93 p. 100.

En présence de telles statistiques, les médecins ou chirurgiens des Asiles peuvent-ils se désintéresser de la situation de malheureuses aliénées, susceptibles d'être guéries ou améliorées par un traitement bien dirigé ? Ont-ils le droit d'ignorer ou de laisser sans soins des affections utérines curables, et de laisser s'ajouter à des souffrances morales déjà si terribles, des souffrances physiques, qu'il est en leur pouvoir d'atténuer ou d'éviter ? Pour notre part, nous avons pensé qu'il était cruel de ne pas intervenir, et nous sommes intervenus dans les conditions suivantes :

Jamais une aliénée n'a été examinée et à plus forte raison opérée, sans le consentement écrit *de la famille. Toutes les interventions gynécologiques ont été pratiquées avec les précautions antiseptiques et aseptiques qui sont de règle dans les hôpitaux de Paris. Jamais une opération n'a été tentée sur un organe sain ou chez des épileptiques ou des hystériques en vue de remédier à leur état de nervosité.*

Des installations particulières ont été réalisées à l'infirmerie de l'asile de Ville-Evrard (division des femmes), afin de donner à toutes les malades opérées ou à opérer des garanties de sécurité presque absolues. Une sous-surveillante et des infirmières spécia-

lement affectées au service de gynécologie, ont été seules chargées de donner des soins aux malades opérées ou à opérer.

A défaut de chambre d'opération, une chambre d'isolement bien éclairée, absolument réservée à la chirurgie, a été utilisée et aménagée pour toutes les opérations.

Notre intervention a toujours été justifiée. L'initiative que nous avons prise, avec le consentement des familles, et en dehors de toute idée préconçue sur les rapports qui peuvent exister entre les maladies mentales et les lésions de l'appareil génital de la femme, ne pouvait être que parfaitement légitime. Nous sommes intervenus, soit médicalement, soit chirurgicalement, chez 22 malades, et nous avons constaté par la suite : 11 guérisons, 3 états stationnaires, 7 améliorations, 1 mort.

Les observations de ces malades sont développées dans le travail que nous avons soumis à la Société de chirurgie et intitulé : *Du rôle de l'intervention chirurgicale, et en particulier des opérations chirurgicales dans certaines formes d'aliénation mentale.*

Ces observations sont réparties en trois groupes :

Le premier groupe comprend les malades chez lesquelles l'affection mentale a évolué parallèlement à la lésion des organes génitaux. La guérison, à la suite de l'intervention chirurgicale, a été complète. Ces faits, favorables à la doctrine de la folie sympathique, auraient été plus nombreux et utilisés par les partisans des psychoses sympathiques, si les aliénées avaient pu, à cette époque, bénéficier des ressources de la chirurgie. Ils démontrent en tout cas, l'influence des causes physiques au point de vue de l'éclosion et du développement du délire.

Dans le deuxième groupe nous avons rangé des délires surajoutés à un délire primitif et développés à la suite d'obsessions hypochondriaques. L'imagination, qui déjà chez l'homme sain est un élément de dépression si accusé en face de la douleur physique, est capable de créer, sous l'influence d'une cause irritante quelconque, sinon un vrai délire, du moins des interprétations délirantes variées ou un délire secondaire surajouté au délire primitif. Chez la femme douée d'une impressionnabilité excessive, l'attention toujours appelée vers certaines lésions des organes génitaux, dégénère en une obsession capable de devenir angoissante et de masquer, par sa prédominance, les anciennes idées délirantes. D'où la nécessité de dissocier les souffrances morales et les souffrances physiques en supprimant si possible ces dernières. Sans guérir l'état antérieur d'aliénation mentale, l'acte opératoire met l'organisme en état de lutter efficacement contre le délire et contre ses manifestations dangereuses ; en même temps, il prévient l'épuisement qui peut résulter de certaines lésions (fibrômes avec hémorragie) et il supprime, dans certains cas, les autres intoxications qui jouent dans la pathogénie de la folie un rôle prédominant.

Le troisième groupe comprend les opérations faites dans le but d'activer la convalescence mentale. Ce groupe est le plus important ; il démontre les bienfaits de la gynécologie appliquée à des lésions de peu d'importance mais susceptibles de prolonger un état de malaise indéfinissable, avec répercussion sur l'activité en général et persistance d'une teinte de mélancolie en apparence non justifiée. L'examen des organes génitaux, pratiqué à ce moment, révèle parfois, soit une vaginite, soit une métrite, soit des ulcérations d'une ou de deux lèvres du col de l'utérus. Quelques injections au permanganate de potasse, un simple curettage, une opération de Schrœder, triomphent de cet état de lassitude, dont l'origine est alors trouvée, et la convalescence mentale, un instant enrayée, marche rapidement vers une guérison définitive.

Nous nous proposons de suivre nos opérées ; mais dès à présent nous attendons beaucoup de cette thérapeutique, uniquement dirigée contre la douleur physique. Des résultats inespérés ont été la conséquence d'opérations peu graves mais supprimant certaines souffrances, certains troubles exagérés ou mal interprétés par des imaginations en puissance du délire.

Aucun accident de chloroforme n'est survenu dans le service. L'anesthésie, contrairement à ce qu'on serait tenté de croire, s'est toujours produite rapidement, sans période d'excitation bien vive.

Au cours de la convalescence mentale, alors que la santé intellectuelle est si fragile, l'appréhension d'une opération, les inhalations de chloroforme, n'ont jamais amené de rechutes.

Cette remarque a son importance, au moment où les travaux sur les folies post-opératoires tendent à faire rejeter les interventions chirurgicales chez les aliénées.

Pour nous résumer, nous dirons que certaines réformes hospitalières s'imposent afin de doter tous les services de femmes aliénées d'un petit arsenal chirurgical destiné aux interventions chirurgicales de peu de gravité (curettages, opérations de Schrœder). Les infirmeries, notamment, doivent être pourvues d'une salle aseptique, d'une étuve Poupinel, pour désinfecter et aseptiser les instruments et les objets de pansements (compresses, ouate, crins, etc.), d'appareils de balnéation et d'injection divers ; elles doivent être exemptes de parquets, de boiseries, d'objets impossibles à désinfecter et dont l'entretien par le frottement et l'époussetage ne peut que propager des germes morbides.

Le personnel de surveillance de ces infirmeries doit être recruté parmi les sous-surveillantes et infirmières diplômées, ayant déjà accompli un long stage dans les autres services. L'asile ne doit plus être, en un mot, un refuge destiné à abriter toutes les misères, mais un hôpital de traitement, permettant par sa disposition et par son outillage médical et chirurgical, de parer à toutes les éventualités morbides d'ordre chirurgical ou médical.

Il est illogique et cruel de se désintéresser de la situation de malheureuses aliénées, dont le délire n'est souvent que l'expression de la douleur, atteintes de lésions organiques ou inflammatoires, dont elles seraient certainement débarrassées par une intervention opportune si elles jouissaient de leur liberté. Il est nécessaire, selon nous, d'éloigner de l'esprit de malades si accessibles aux obsessions et aux interprétations délirantes, toutes les causes capables d'entretenir, d'activer, d'étendre ou d'augmenter le délire.

Les vaginites si nombreuses, dont nous avons parlé, sont loin d'être toujours la conséquence d'une contagion gonococcique ; elles sont, pour la plupart, placées sous la dépendance de l'absence de soins hygiéniques. Les persécutées, sans cesse disposées à cacher leurs souffrances ou à les attribuer à des agissements occultes, donnent, en pareil cas, libre cours à leur imagination douée d'une activité morbide, elles pensent à des attentats odieux commis sur leur personne pendant la nuit, et se condamnent à l'insomnie, afin d'échapper à des souillures dont elles voient les traces dans certaines sécrétions qui ne sont que le résultat d'une inflammation qu'elles ignorent. Les perversions génitales chez la femme aliénée sont tellement fréquentes, tellement pénibles, elles ont un tel retentissement sur son état général, qu'il est, de toute nécessité d'en empêcher le développement ou d'en atténuer les funestes effets, par des soins hygiéniques spéciaux [1].

Journée du dimanche 9 avril.

Réception à l'asile d'Aix. — Inauguration du buste du Dr Pontier [2].

L'excursion à Toulon, placée *avant* la visite de l'asile d'aliénés d'Aix en Provence, a eu pour conséquence de réduire un peu le nombre des congressistes qui ont suivi cette partie du programme. Ils ont été reçus à la gare par le Maire, M. le Dr Bertrand, par le médecin directeur, le Dr Ph. Rey, par les Drs Chabrier, président et Bourguet, membre de la Commission de surveillance. On s'est rendu en voiture à l'asile situé à l'extrémité d'une des plus belles avenues de la ville. Les assistants se sont réunis dans la salle de la Bibliothèque de l'asile où il a été procédé à l'ouverture officielle

[1] Dans toutes les divisions des *aliénées* des asiles, les médecins doivent se préoccuper de plus en plus des affections organiques de tout genre et surtout des affections utérines et de l'hygiène sexuelle. (B.)

[2] Nous reproduisons cette partie du Compte rendu du Congrès de Marseille parce que l'épreuve que nous avions adressée, pour corrections, à notre ami le Dr Ph. Rey, est parvenue trop tard à l'imprimerie pour être corrigée. (B.)

de l'*Ecole professionnelle pour les surveillants et infirmiers*, organisée par le médecin-directeur qui a exposé le programme des cours et présenté un règlement et un livret d'instructions générales pour les agents du personnel de surveillance. Puis, M. Rey a donné le mouvement de l'aliénation mentale dans les Bouches-du-Rhône et quelques considérations sur les formes de la folie. L'alcoolisme a fait des progrès dans les centres ruraux. La population de son asile, le 9 avril, était de 786 malades dont 407 et 379 femmes. Ces malades proviennent des Bouches-du-Rhône, de la Corse et de l'Algérie; la moyenne des admissions a été de 197, pour les trois dernières années.

M. Rey fournit ensuite des renseignements sur le compte administratif, sur le régime alimentaire et les régimes spéciaux pour les infirmeries, sur la transformation des services généraux devenus insuffisants par suite de l'accroissement de la population qui a amené l'encombrement de l'asile. De là, nécessité de nouvelles constructions, en particulier pour les *travailleurs*, une nouvelle infirmerie pour les femmes, pour le pensionnat. Les locaux qui deviendraient disponibles serviraient à désencombrer l'asile. Il y aura à procéder à de grands mouvements de terrains pour dégager le bâtiment d'administration et achever l'avenue. La situation financière de l'asile permet de réaliser tous ces projets.

La cérémonie d'inauguration du buste du Dr Pontier a eu lieu ensuite dans la grande salle d'honneur de l'établissement décorée pour la circonstance de trophées de drapeaux et de plantes vertes. De nombreuses notabilités, invitées par l'aimable directeur, M. Rey, avaient pris place, dès 11 heures, dans l'enceinte qui leur était réservée. — Le Dr Chabrier, président de la Commission de surveillance, souhaite la bienvenue au Congrès, en excellents termes. — M. Doutrebente prend ensuite la parole et, dans un discours très applaudi, rend un hommage ému à la mémoire de l'ancien directeur-médecin.

Un chœur (hommes et femmes) composé de pensionnaires de l'établissement, accompagné par un orchestre excellent, a exécuté une cantate, composée pour la circonstance, que l'auditoire entier a applaudie frénétiquement.

M. Pontier fils, conservateur du musée et auteur du monument qui va perpétuer le souvenir de son père, a remercié vivement le congrès en quelques paroles empreintes d'une douce émotion. Le buste remarquable est, nous assure-t-on, très ressemblant : il repose sur un piédestal tout simple. La place définitive du monument sera dans la salle de la Commission, dans laquelle, à cause de ses dimensions exiguës, n'a pu avoir lieu l'inauguration.

Un banquet de quatre-vingts couverts réunissait ensuite les congressistes et les invités autour d'une table somptueusement ser-

vie. De nombreuses dames, pour la plupart femmes des membres du congrès, en toilettes claires, piquaient çà et là sur la teinte sombre des habits noirs des nuances gaies qui ajoutaient encore à l'éclat de ce festin.

Au champagne, des discours ont été prononcés par MM. le Dr Chabrier; Cotelle, sous-préfet; Leydet, sénateur; Perreau, député; le Dr Rey, MM. les Drs Drouineau et Doutrebente et le pasteur protestant, le Dr Pichenot et le représentant de la Presse.

Ensuite, le groupe des danseurs de Saint-Cannat a exécuté, au son du tambourin, de vieilles danses provençales devant les invités. La musique des Touristes de l'Union a exécuté, durant cette fête charmante, des morceaux variés de son répertoire.

Les malades,dont la table avait été particulièrement soignée, ont pris part à toutes ces réjouissances.

Avant la cérémonie d'inauguration, les congressistes avaient visité les différents quartiers de l'asile, guidés par le Dr Rey, qui leur a fait les honneurs de son établissement avec une exquise bonne grâce. On a remarqué la nouvelle infirmerie pour la section des hommes, l'installation récente également des bains-douches, et les cellules capitonnées du quartier de traitement. Tous les quartiers sont éclairés à l'électricité. Les lampes des dortoirs se transforment en veilleuses au moyen de commutateurs spéciaux.

La population arabe offre un intérêt particulier, tant au point de vue des formes mentales et des différentes manifestations du délire qu'au point de vue anthropologique. Sur près de 80 de ces malades, des deux sexes, il n'y avait, à ce jour, aucun cas de paralysie générale.

Voici, en terminant, quelques renseignements sur le Dr Pontier, créateur et premier directeur de l'asile d'aliénés du Mont-Perrin.

M. Charles Pontier naquit à Aix le 6 mai 1809. En 1852, il fut chargé de la direction du quartier d'aliénés, situé alors à l'hospice d'Aix. Dans ces difficiles fonctions, il eut à donner maintes fois des preuves de son inaltérable dévouement aux malades qu'il soigna avec une sollicitude qui ne se démentit jamais.

Un peu plus tard, ayant réalisé des économies par une sage administration, M. Pontier put faire l'acquisition du terrain sur lequel s'élève l'asile actuel. Les travaux furent poussés activement; mais, hélas ! la mort ne lui permit pas d'achever l'œuvre qu'il avait entreprise et le 15 mars 1878 il succombait, emporté à l'âge de soixante-neuf ans par une maladie qui le minait depuis un certain temps. Le monument érigé à la mémoire de cet homme de bien n'est qu'une réparation qui était due à celui qui consacra sa vie entière au soulagement de ses semblables atteints par le plus terrible des maux : la folie.

Pour compléter ce qui précède, voici quelques renseigne-

ments sur l'asile d'aliénés d'Aix, en Provence, que M. le Dr Ph. Rey a bien voulu nous communiquer :

Population aliénée	Hommes.	407
	Femmes	379
	Total.	786

PERSONNEL DU SERVICE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF

Directeur-médecin, traitement 8.000 francs, logé; avantages en nature : chauffage, éclairage.

Médecin-adjoint : traitement 3.000 francs, logé; avantages en nature : chauffage, éclairage.

Deux internes en médecine à 800 francs chacun, logement, nourriture, éclairage, chauffage.

Le service de la pharmacie est fait par un pharmacien de la ville et une religieuse. Le pharmacien reçoit une indemnité de 500 francs.

Receveur-économe : traitement 4.000 francs, logé au dehors, avec une indemnité de 700 francs pour logement; avantages en nature : éclairage et chauffage.

Secrétaire-archiviste, 2.500 francs, logé, nourri, chauffé, éclairé. Un commis d'économat à 1.400 francs, logé, nourri, chauffé, éclairé. Deux commis à 1.200 francs, logés, nourris, chauffés, éclairés. Garde-magasins à 1.800 francs.

PERSONNEL DE SURVEILLANCE (Hommes).

Un surveillant en chef : traitement 1.700 francs, logé, chauffé, éclairé. 35 chefs de quartiers, surveillants, infirmiers et servants, veilleurs, baigneurs. Le traitement de début est 25 francs par mois; le maximum est de 50 francs (nouveau règlement qui prévoit aussi les reposances et pensions de retraite).

Plus 11 employés, chefs d'ateliers, culture et services extérieurs, une surveillante en chef, supérieure des religieuses (congrégation de Saint-Thomas de Villeneuve).

Et 33 surveillantes, infirmières, lingères, cuisinières. Elles reçoivent une indemnité annuelle de 170 francs chacune.

Reposantes :

Deux religieuses dont une est nourrie, logée dans l'asile et ne reçoit aucune indemnité. — La seconde est retirée dans la maison de la congrégation et reçoit 300 francs par an.

Aumôniers :

1° Aumônier catholique, 2.000 francs, logé au dehors;
2° Pasteur protestant, 300 francs, logé au dehors;
3° Rabbin, 300 francs, logé au dehors [1].

Prix de journée. — 1 fr. 20 pour le département des Bouches-du-Rhône; 1 fr. 20 pour celui de la Corse; 1 fr. 35 pour celui d'Alger.

Prix des pensions. — 1re classe, 1.600 francs, 4 fr. 38 par jour; 2e classe, 1,200 francs, 3 fr. 33 par jour; 3e classe, 800 francs, 2 fr. 19 par jour.

L'abonnement au trousseau est de 400 francs par an pour la 1re classe, 300 francs pour la 2e et 200 francs pour la 3e.

Balance du Compte financier de 1898 :

Recettes.	Fr.	460.487 42
Dépenses	»	427.355 67
Excédent de recettes	Fr.	33.131 75

sur lequel il y a à payer pour le service de l'emprunt 26,890 fr. 76 jusqu'en 1902.

Distractions et fêtes de l'Asile.

Spectacles, concerts par les artistes du théâtre et des sociétés musicales de la ville, fêtes champêtres, fête du 14 juillet. Promenades journalières dans le domaine pour les malades qui ne peuvent être occupés au dehors. Corps de musique et société chorale de Mont-Perrin; salle de lecture avec journaux locaux et revues illustrées; bibliothèque de 289 volumes.

Distractions à l'extérieur.

Promenades tous les dimanches et jours de fêtes; visites aux champs de foire et spectacles divers en ville ; sorties individuelles, congés dans la famille.

L'un des événements de la séance du Congrès d'Aix a été l'inauguration de l'*École pour le personnel laïque* de l'asile, surveillants, infirmiers et infirmières, nous disons *laïque* car il n'y a guère de chance pour qu'on voie les religieuses en profiter. Une organisation analogue devrait être introduite dans tous nos asiles publics.

[1] Voilà trois économies qu'il serait facile de réaliser en envoyant les aliénées *tranquilles* de chaque culte suivre, dans leurs temples respectifs, les cérémonies religieuses. Pour la plus grande partie des aliénés, déments, maniaques, idiots, etc., l'intervention religieuse est inutile. (B.)

L'asile d'Aix est parfaitement tenu, ainsi que nous l'avons constaté dans notre visite, avec M. Pelletier, chef du service des aliénés à la Préfecture de la Seine, dans notre visite particulière du 7 avril. — Nous ne parlerons pas de l'*encombrement* et du remède à y apporter, espérant y revenir prochainement à propos d'autres asiles, mais nous croyons devoir signaler la situation pénible qui est faite aux aliénés de l'Algérie que l'on envoie à l'asile d'Aix. Il y a là une situation barbare à laquelle il conviendrait de remédier d'urgence. Le directeur de l'Assistance publique en France, M. Monod, accomplirait une réforme de premier ordre, vraiment républicaine, c'est-à-dire humaine, s'il prenait l'initiative de la création d'un asile pour nos départements d'Algérie.

Rappelons en terminant les efforts faits par M. Rey pour la création d'un *asile-école* interdépartemental pour les *enfants idiots, imbéciles, arriérés et épileptiques* de la région. L'administration supérieure, ainsi que nous l'avons déjà dit plusieurs fois, devrait également se préoccuper de cette réforme. Dans ce but, elle devrait préparer le personnel enseignant en créant, nous ne dirons pas une école normale, mais des bourses pour un groupe d'instituteurs et d'institutrices, brevetés, qui passeraient successivement, durant un temps à déterminer, à l'Institution nationale des sourds-muets, à l'Institution nationale des jeunes aveugles ou à l'école Braille, et à l'asile-école des idiots de Bicêtre. La réalisation de cette idée aiderait aussi à la fondation des classes spéciales pour les enfants arriérés. Bourneville.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Les myélites syphilitiques;* par Gilles de la Tourette. (Collection des « *Actualités médicales*, J.-B. Baillière et fils.)

Ce petit volume, aussi agréable dans la forme que substantiel dans le fond, constitue une suite de descriptions cliniques enchaînées dans un ordre méthodique et simple qui en rend la lecture facile et l'assimilation certaine. Il sera lu avec plaisir et profit,

aussi bien par l'étudiant à qui il s'adresse spécialement, que par le praticien et même le spécialiste.

L'auteur met en lumière, au début de son travail, toute l'importance pratique de son sujet, en affirmant avec l'autorité qui s'attache à ses travaux, « qu'il reste certainement au-dessous de la vérité en disant que sur dix affections médullaires plus de la moitié reconnaît la vérole pour cause immédiate ». — Mais si ces affections découlent d'un même processus anatomo-pathologique, à évolution plus ou moins rapide et généralement connu, les localisations topographiques des lésions affectent une variabilité et une irrégularité qui rendent très difficile la description des types cliniques et cette difficulté se trouve encore augmentée par ce fait « que l'étude à laquelle nous sommes accoutumés des maladies systématiques de la moelle a créé une certaine habitude d'observer, une manière spéciale de raisonner dont l'esprit se défait difficilement ». — « Je ne serais pas étonné, pour ma part, dit M. Gilles de la Tourette, que cette éducation particulière ait nui jusqu'à présent, dans une certaine mesure, aux descriptions, à l'établissement des types cliniques de la syphilis médullaire. »

L'auteur glisse rapidement sur le mal *de Pott syphilitique et les gommes syphilitiques intravertébrales*, dont le diagnostic étiologique relativement facile, impose le traitement, il passe successivement en revue les grandes formes médullaires de la *syphilis acquise :* la *syphilis maligne précoce du système nerveux*, les *myélites aiguës*, les *myélites chroniques*, les *myélites à formes irrégulières.*

La seconde partie de l'ouvrage traite des déterminations spéciales de la syphilis héréditaire : *syphilis héréditaire congénitale*, *syphilis héréditaire précoce et tardive.*

Tous ces chapitres sont à lire en entier. Ils sont enrichis d'observations personnelles dont les résumés judicieux éclairent la bizarrerie et la multiplicité des symptômes cliniques, la difficulté fréquente des commémoratifs étiologiques, l'extrême importance du diagnostic précoce, et la vérification même de ce diagnostic par l'efficacité du traitement spécifique énergique.

Dans une troisième partie l'auteur développe la question du *traitement* : *indications générales*, *médication* (mercure et iodure de potassium à hautes doses). Le mercure devra dans la méthode de choix être administré par les frictions cutanées, dans le cas d'urgence par les injections sous-cutanées. L'iodure de potassium sera absorbé par la voie buccale, dans les cas ordinaires, ou dans les cas d'urgence par la voie sous-cutanée. L'ouvrage se termine par quelques rapides considérations sur la *durée du traitement*, le *traitement général*, l'utilité comme traitement adjuvant dans des cas particuliers de l'*électricité et de la révulsion*, la *médication chez les enfants.*

Je ne saurais mieux faire, en terminant cette importante et trop

courte analyse d'un ouvrage essentiellement pratique, que de citer ces mots de l'auteur : « Croyez-m'en, si vous avez des syphilitiques dans votre clientèle, lorsqu'ils viendront de temps en temps vous consulter et vous demander s'il ne serait pas bon de reprendre le traitement, ne vous bornez pas, ainsi qu'on le fait très généralement, à inspecter leur gorge ou leur tégument cutané, pour voir s'il ne s'y trouve pas quelque lésion en activité. Percutez leurs réflexes rotuliens, il vous arrivera plus souvent que vous ne pourriez le croire, de les trouver exagérés ; demandez alors s'il n'existe pas une sensation anormale de lassitude après une station debout un peu prolongée, si la course n'est pas difficile, si la miction ne nécessite pas des efforts. Et si vous relevez quelques-uns de ces symptômes dont le malade oubliait même de vous parler, intervenez activement : « Vous ferez de bonne et utile besogne, vous couperez en herbe des myélites qui allaient évoluer dans le sens spasmodique. »   R. CHARON.

II. *Kliniske og aetiologiske studier over psykiske udviklingsmangler hos born* (Etudes cliniques et étiologiques sur le développement défectueux de l'intelligence chez les enfants) ; par Carl LOOFT, docteur en médecine. Bergen, Norvège, 1897.

Dans le premier chapitre de ce livre de 184 pages, l'auteur a décrit l'*idiotie* et l'*imbécillité* en général avec les renseignements spéciaux à ces états chez les enfants norvégiens. Il a trouvé, que 20,6 p. 100 des garçons idiots et imbéciles (328 examinés) étaient épileptiques et 12,1 p. 100 des filles (249 examinées). Il a trouvé, que l'esprit, l'humeur et le moral et tous les instincts sont plus souvent altérés chez les idiots et imbéciles épileptiques que chez es mêmes non épileptiques, 38 p. 100 des garçons et 31 p. 100 des filles étaient des héréditaires.

11,27 p. 100 des idiots et imbéciles et 7,7 p. 100 des filles avaient eu des convulsions infantiles, mais celles-ci n'avaient point, en aucun cas, paru plus tard que dans la 14e année.

Dans le second chapitre l'auteur a décrit les *arriérés*, qu'il a examinés dans les écoles publiques de Bergen (Norvège), il a aussi fait la craniométrie et le mesurage du thorax et du corps des arriérés et il a trouvé que tous les arriérés étaient moins développés que les enfants normaux du même âge ; ils avaient tous des signes de rachitisme, qu'il a trouvés être la cause aussi du développement défectueux des enfants arriérés.

16,8 p. 100 étaient des héréditaires et en 20,3 p. 100 des cas les maladies infectieuses chroniques et les intoxications (alcooliques) étaient les causes de la maladie.

Dans un autre chapitre (p. 92), l'auteur a décrit l'idiotie myxœdémateuse (l'idiotie crétinoïde). Après avoir rappelé les travaux du

Dr Bourneville et des autres médecins français et anglais (Ireland, Teleford-Smith, etc.), il publie cinq observations personnelles, les premières qui ont été notées en Norvège, où il semble que ces idiots ne sont pas aussi rares qu'on le croyait autrefois. — Le crétinisme endémique n'existe pas en Norvège.

Dans les derniers chapitres sont exposés les résultats des études de l'auteur sur l'étiologie de l'idiotie et de l'imbécillité se basant sur 539 observations.

Il a trouvé : 1° que l'hérédité mentale était la cause dans 17,4 p. 100; 2° l'alcoolisme chez les parents de 3,7 p. 100 et 3° la tuberculose chez les parents de 9,1 p. 100; 4° la naissance pénible et difficile, à l'accouchement, ont été les causes de l'idiotie dans quelques cas (0,7 p. 100).

Dans un district de la Norvège (Bergens stift) l'auteur a trouvé que les premiers-nés inanimés étaient les plus nombreux parmi les idiots; en un autre district (Hamar stift) la première et la quatrième cause; en un troisième district (Kristiansands stift) la troisième et la deuxième étaient les plus fréquentes.

Les naissances de jumeaux et de trois jumeaux sont très fréquentes dans les familles où sont des idiots.

En Norvège l'auteur a trouvé jusqu'à 10 et 14 p. 100 des naissances de jumeaux dans les familles où sont des idiots; dans les autres familles on ne trouve que 1,3 p. 100; dans 4 à 5 p. 100 des cas l'idiot était lui-même un jumeau.

Le rachitisme est, en Norvège, très souvent la cause de l'idiotie et de l'imbécillité. L'auteur a examiné à propos de cette question (p. 145-156), 76 enfants très rachitiques et il a trouvé que l'intelligence était très peu développée chez 59 d'entre eux. Chez 19,4 p. 100 d'idiots et d'imbéciles — 539 — il a trouvé le rachitisme comme cause de l'état morbide.

L'auteur a fait des examens sur l'hygiène de l'enfance dans 10 districts divers de Norvège et il a fait le parallèle de celle-là et de la fréquence de l'idiotie et de l'imbécillité (p. 166 et 167); là où l'hygiène de l'enfance est mauvaise, où on trouve beaucoup d'enfants rachitiques, où les convulsions infantiles sont fréquentes, et la mortalité des nourrissons grande, on rencontre aussi le plus grand nombre d'idiots et d'imbéciles.

Les chiffres que l'auteur a empruntés à la statistique officielle norvégienne et les courbes qu'il a dessinées, démontrent les corrélations. En Norvège, les garçons idiots et imbéciles sont plus nombreux que les idiotes et les imbéciles (filles).

VARIA.

La diminution de l'emploi de l'alcool et ses résultats en Norvège [1].

La production indigène de l'alcool, calculée à 50 p. 100 d'alcool pur, a varié entre 7.868.000 litres en 1891, 4.943.000 litres en 1883 et 5.976.000 en 1896. Les quantités employées dans l'industrie et aux usages pharmaceutiques ont atteint leur maximum, en 1876, avec 12.268.000 litres et leur minimum, en 1896 avec 4.229.000 litres, provenant surtout de l'importation, qui a largement dépassé l'exportation de ces mêmes produits. La quantité d'alcool par habitant a varié de 6,7 litres en 1876 et 2,3 en 1896.

La consommation de la bière a varié de 432.061 hectolitres en 1891 à 214.261 hectolitres en 1871, et a été par habitant de 23,2 litres en 1854, 19,8 en 1894, 17,7 en 1895 et 16,2 en 1896.

L'importation du vin, grâce à la modification des droits de douane pendant ces dernières années, a été en augmentant et a remplacé l'alcool dans la consommation. L'importation, qui était en moyenne de 1.672.500 litres pendant la période 1881-1885, a atteint 2.967.300 litres en 1895 et 5,606.000 en 1897, portant principalement sur des gros vins à bon marché qui remplacent l'alcool dans la consommation; cependant au commencement de 1898 l'importation semble s'être un peu ralentie.

Une diminution sensible a été constatée dans le nombre des accidents causés par l'alcoolisme depuis les quarante dernières années, dans les campagnes plutôt que dans les villes; les décès causés par l'alcoolisme comptés pendant des périodes quinquennales depuis 1856 jusqu'à 1896, ont été de 33, 22, 24, 29, 18, 10, 8 et 10,5 pour 10.000.

Pendant la période de 1856 à 1890, 13,7 p. 100 des aliénés étaient des alcooliques; ce nombre a été ensuite en diminuant et descendait à 7,6 p. 100 en 1891 et à 4,4 p. 100 en 1893. Les suicides, qui avaient été en augmentant de 1826 à 1850, ont diminué depuis; ils avaient été pendant la période 1846-1850 de 109 par million d'habitants et par an, et pendant les trois périodes quinquennales 1881-1896, ils sont descendus à 68, 66 et 65 par million d'habitants

[1] D'après le *Reichsanzeiger* du 14 décembre 1898 et la *Meddelelser fra det statistiské centralbureau.*

et par an. La durée moyenne de la vie semble aussi avoir augmenté.

La criminalité a également baissé : elle était en moyenne par an de 194,5 par 100.000 habitants pendant la période de 1851 à 1855, elle n'était plus que de 180,3 pendant la période 1871-1874 et de 142,1 pendant la période 1891-1894. (*Bulletin de l'Office du Travail* de février 1899.)

UN FOU FURIEUX A LA SALPÊTRIÈRE.

Un placier, Charles Simonnet, âgé de vingt-six ans, demeurant 28, rue Broca, atteint de la folie de la persécution, se présentait, hier matin, à la visite de l'hospice de la Salpêtrière, et demandait à voir immédiatement le médecin consultant, afin que celui-ci le mît dans un cabanon pour le soustraire à ses persécuteurs. Comme on n'obtempérait pas à son désir, il entra dans une indicible fureur et se précipita dans la salle de visite où se trouvait M. le docteur Voisin et engageait avec les infirmiers une lutte terrible au cours de laquelle tout fut bouleversé dans la salle, causant un vif émoi parmi les personnes venues à la consultation. On dut mettre la camisole de force au malheureux qui, sur un certificat du docteur, fut dirigé en hâte sur l'infirmerie spéciale du dépôt. (*Le Soleil* du 28 mai 1899.)

Pourquoi ne pas l'avoir dirigé de suite sur l'*Asile clinique* puisqu'il n'y avait pas de doute sur la réalité de la folie, au lieu de le trimballer à l'infirmerie du dépôt et de là audit Asile clinique ?

FAITS DIVERS.

UN BÉBÉ TUÉ PAR UNE FILLETTE. — Le *Petit Parisien* du 22 mai publie la dépêche suivante d'Alger :

Il y a quelques jours, disparaissait un bébé de trois ans, le jeune Etienne Grecco, fils d'un jardinier employé à la ferme Raphaël, près d'El-Affroun ; après de longues recherches restées infructueuses on eut l'idée de vider un immense bassin servant à alimenter des alambics destinés à distiller du géranium ; un spectacle horrible s'offrit à la vue : le cadavre gisait au fond du réservoir, presque méconnaissable ; toute idée d'accident devait être écartée, car ce bassin qui s'élève à deux mètres au-dessus du sol est hermétiquement fermé.

Pendant que la gendarmerie procédait à une enquête, le jeune René, fils du fermier Kaci, est venu déclarer au brigadier que c'était sa sœur Thérèse qui avait jeté le petit Etienne dans le réservoir et avait aussitôt refermé le bassin, menaçant son frère de mort s'il la dénonçait.

La petite Thérèse, âgée de douze ans, qui à ce moment se tenait cachée chez son père, ayant été appelée, a avoué son crime, et, comme on la questionnait sur le mobile qui l'avait fait agir, elle a répondu cyniquement : — C'est une idée comme cela !

La jeune criminelle issue d'un père arabe et d'une mère espagnole, est le vice incarné; on devait même l'enfermer dans une maison de correction à la suite d'un vol important qu'elle avait commis récemment.

Trois évadés de Ville-Évrard. — Trois individus se présentaient hier, dans l'après-midi, chez M. R..., marchand de vin, rue Princesse, et demandaient des absinthes. Ils n'avaient point de chapeau, l'un des trois était même vêtu simplement d'une chemise, d'un pantalon et de sandales. Mais, comme ils avaient demandé leurs consommations poliment, le marchand de vin les servit. Ils ne se disaient entre eux pas un mot. Ils burent lentement.

Mais, lorsque l'alcool de la dangereuse boisson eut opéré son effet, voici que les trois hommes se lèvent poussant des cris incohérents, lancent verres et bouteilles contre les glaces, puis assaillent le marchand de vin, qui tombe bientôt atteint à la joue gauche par un verre cassé, perdant le sang. Les consommateurs s'affolent, appellent les gardiens de la paix. Il fallut tout le poste de permanence de la mairie du sixième arrondissement pour se rendre maître des trois énergumènes. On les conduisit chez M. Lagaillarde, commissaire de police du quartier de l'Odéon, qui les interrogea.

Calmes par instants, puis redevenant furieux sans motif et menaçant le magistrat, ils contèrent leur odyssée. Louis Œillet, Georges Charron, Jean Berlet, âgés de trente à trente-cinq ans, se sont échappés de l'asile de Ville-Evrard vendredi dernier, au matin. Ils ont gagné par le Perreux et Nogent-sur-Marne, le bois de Vincennes, dans les fourrés duquel ils ont couché depuis lors; ils ne se sont nourris que des débris de victuailles et de pain, laissés dans les clairières par les promeneurs du dimanche et les rôdeurs. Lassés de cet ordinaire, et surtout poussés par un besoin irrésistible de boire de l'alcool, ils quittèrent le bois hier matin, rodèrent par la ville, sans manger, toute la journée, et se décidèrent, vers quatre heures, à entrer dans le débit de la rue Princesse. M. Lagaillarde a fait diriger ce matin sur la préfecture de police les trois évadés, qui regagneront ce soir l'asile. (*Le Temps* du 24 mai 1899). — Signalons que le *Temps* met les noms des malades en toutes lettres.

Contre l'alcoolisme. — Frappés des dangers que fait courir à nos populations bretonnes l'usage immodéré de l'alcool, les médecins de la marine résidant à Brest et les médecins du département du Finistère viennent d'adresser à leurs compatriotes un appel dans lequel ils déclarent que, ne pouvant rester spectateurs impassibles du fléau, ils veulent éclairer les pouvoirs publics et prévenir leurs concitoyens des dangers qu'ils courent. Cet appel se termine ainsi :

« Nous adressons aux pouvoirs publics, tant civils que militaires, un respectueux mais énergique appel, les sollicitant par tous les moyens en leur pouvoir, de mettre un terme à l'invasion du pays par l'alcool et de s'opposer à la dégénérescence nationale, certaine et prochaine, si des mesures efficaces ne sont pas bientôt prises. Nous adressons à nos compatriotes les plus chaleureuses, les plus pressantes, les plus patriotiques exhortations, les suppliant, s'ils veulent que la France reste la France et que leurs fils puissent encore être français, de se garder de l'alcool et des apéritifs comme des plus dangereux de tous nos ennemis. » (*Le Temps* du 24 mai 1899.)

Morphinomane. — Deux gardiens de la paix ont surpris, hier, après-midi, dans un édicule de la cour de Rome, à la gare Saint-Lazare, une jeune femme paraissant âgée de trente ans, grande, l'air distinguée qui, s'étant presque complètement déshabillée, se faisait des piqûres de morphine sur le haut du corps... Conduite au commissariat spécial de la gare, la malheureuse, qui tenait à peine debout, déclara qu'elle était résolue à en finir avec la vie... que des chagrins « mystérieux » la rongeaient, etc... Elle a donné comme identité : Mme Marchand, de l'Ermitage de Saint-Joseph, demeurant rue de Flandre. M. Escourroux, commissaire spécial, a fait transporter la pauvre malade à l'hôpital Beaujon, où elle a été admise d'urgence. (*La Lanterne* du 30 mai 1889.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Haslé (L.). — *Du bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie.* — Volume in-8° de 86 pages. — Prix : 2 francs. — Pour nos abonnés : 1 fr. 35. — Bureaux du *Progrès Médical.*

Hirdlicka (A.). — Anthropological investigations on one Thousand White and Colored Children of Both Sexes. The Inmates of the New-York Juvenile Asylum. — Volume in-8° de 86 pages, avec 12 figures. — New-York, 1899. — Wynkoop Hallenbeck Crawford C°.

JACINTO DE LEON. — *Polineuritis dolorosa toraco-braquial.* — Brochure in-8° de 8 pages. — Montevideo, 1898. — Imprenta de « El Siglo ».

KENDE (M.). — *Die actiologie der Tabes dorsalis.* — Brochure in-8° de 32 pages. — Extrait du *Zeitschrift für Klin. Medicin.*

KIRCHHOFF (T.). — *Grundiss der psychiatrie für studierende und ärzte.* — Volume in-8° de VI-361 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Leipzig und Wien, 1899. — F. Deuticke.

LAMBOTTE (A.) et SANO (F.). — *Section partielle du nerf médian. Suture. Restauration fonctionnelle.* — Brochure in-8° de 4 pages. — Bruxelles, 1899. — Extrait du *Journal de Neurologie.*

MARCHAND (L.). — *Pouls et température dans les accès épileptiques, les vertiges épileptiques et les attaques hystéro-épileptiques.* — Volume in-8° de 96 pages. — Paris, 1898. — Librairie Carré et Naud.

MILLS (Ch.-K.). — *Some points of special interest in the study of the deeps reflexes of the Lower extremities.* — Brochure in-4° de 30 pages, avec 7 figures. — Philadelphia, 1899. — Chez l'auteur.

NOGUÈS (E.) et SIROL (J.). — *Un cas fruste de tabes combiné.* — Brochure in-8° de 12 pages. — Toulouse, 1899. — Imprimerie Marquès et Cie.

NOGUÈS (E.) et SIROL (J.). — *Un cas de maladie d'Aran-Duchenne à marche anormale.* — Brochure in-8° de 8 pages. — Toulouse, 1899. — Imprimerie Ed. Privat.

NOGUÈS (E.) et SIROL (J.). — *Maladie de Thomsen à forme fruste avec atrophie musculaire.* — Brochure in-8° de 7 pages, avec une planche hors texte. — Paris, 1899. — Librairie G. Masson.

PLAIGNARD-FLAISSIÈRES (H.). — *L'état mental dans le goitre exophtalmique.* — Volume in-8° de 115 pages. — Montpellier, 1899. — Imprimerie Firmin et Montane.

Rechenschaftsbericht über die zürcherische Kantonale Irrenheilanstalt Burghölzli für das Jahr 1898. — Zurich, 1899. — Buchdruckerei Berichthaus (Vorm. Ulrich und Co).

REVUE PHILOSOPHIQUE. — Sommaire du numéro de mai 1899 (24e année). — F. LE DANTEC : La théorie biochimique de l'hérédité. — GOBLOT : Fonction et finalité (1er article). — J. PHILIPPE : La conscience dans l'anesthésie chirurgicale. — DUGAS : La dissolution et la conservation de la foi. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. — Abonnement du 1er janvier : Un an, Paris, 30 francs ; départements et étranger, 33 francs. — La livraison 3 francs. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

SANO (F.). — *Het Zenuwstels van den Mensch. Eerste les Geschiedkundig overzicht.* — Brochure in-8° de 24 pages.

SANO (F.). — *Un cas de paralysie d'origine scarlatineuse.* — Brochure in-8° de 5 pages. — Bruxelles, 1899. — Extrait du *Journal de Neurologie.*

SAJOUS (Ch.). — *Annual and analytical cyclopaedia of practical medicine.* Tome II, relié en 2 volumes formant ensemble 608 pages, avec figures et planches hors texte. — New-York, 1898. — Davis , publishers. — C'est là une très belle publication sur laquelle nous appelons toute l'attention de nos lecteurs.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

— *Jusqu'au* 31 *décembre, la collection complète des* **Archives de Neurologie** *sera livrée à nos nouveaux abonnés au prix de* **cent vingt** *francs, y compris l'abonnement de* 1899. — *A partir du* 1er *janvier* 1900 *le prix de la collection complète* (1880-1899) *sera porté à CENT CINQUANTE francs.*

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS. — *Nous rappelons à nos abonnés, aux auteurs et aux éditeurs qu'il est rendu compte dans les* **Archives** *de tous les ouvrages dont il est envoyé* DEUX EXEMPLAIRES. *Les ouvrages dont il ne sera adressé* QU'UN EXEMPLAIRE *seront simplement annoncés.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 799

Vol. VIII. Août 1899. N° 44

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

L'IDÉE FIXE[1];

Par le Dr P. KERAVAL,
Médecin directeur de l'asile d'Armentières (Nord).

2° *Idée fixe dans la mélancolie.* — Les idées fixes sont en général favorisées ici par ce fait que l'idéation du mélancolique est circonscrite et limitée. Mais, en même temps, en certains cas, il s'y associe des conceptions délirantes, et il existe une sorte de systématisation. Les idées fixes sont en outre, en tout cas, douloureuses et ressemblent quelquefois à des obsessions.

En effet, le trouble et l'arrêt dans le débit des idées sont favorables au développement des obsessions et des idées fixes.

C'est dans ces espèces-là que l'affectivité sera au plus haut point atteinte, puisque la mélancolie même en est la maladie.

Observation IV. — *Idée fixe dans la mélancolie hypochondriaque : syphilophobie.* (Thèse Laurent, p. 64.)

R..., trente-trois ans, journalier, célibataire, prédisposé héréditairement. Depuis quelque temps, le malade dépérit, devient déprimé, peureux, croit qu'il va mourir, se sent abattu, tourmenté d'angoisse cardiaque, se plaint de troubles divers et redoute d'être atteint de la syphilis. De plus en plus déprimé, des actes d'anxiété se produisent ; le malade est rempli de l'inquiétude qu'avec son corps pourri, il va infecter tout le monde ; il passe son temps à regarder ses parties génitales, craint qu'on ne les lui

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 43, t. VIII, p. 1, 1899.

coupe, attend sa mort par pourriture et décomposition. Il vit dans des émotions épouvantables et ne mange que par contrainte, se disant indigne de vivre.

Au physique, leptocéphalie, grande anémie, nutrition ralentie, du reste pas de traces de syphilis.

Sous l'action d'un traitement reconstituant et antisyphilitique, le malade se remet peu à peu, la tension anxieuse disparaît, l'amélioration persiste et tend vers la guérison.

OBSERVATION V. — *Mélancolie avec idées de suicide.* (SELLE, *loco citato.*)

Homme de quarante-deux ans, dépourvu de tare héréditaire. A eu une blennorrhagie en 1890. Très sombre, il se considère comme un homme très coupable et fait des tentatives de suicide. Continuellement déprimé, désespéré, il est en proie à des hallucinations de la vue. Prend part aux distractions des malades et travaille assidûment. Il refuse de retourner chez lui, parce que, dit-il, il est atteint d'une *maladie sexuelle incurable.* Il tient absolument à cette idée *prévalente*, et s'agite quand on lui dit que le médecin n'a constaté aucun signe de celle-ci. Il s'y cramponne plus que jamais, malgré l'insistance des siens à le faire retourner chez lui. En dehors de ce thème, il est laborieux, gai, paisible.

3° *Idée fixe chez les dégénérés.* — Ou bien elle débute brusquement, et présente une évolution courte, ou bien elle a une marche chronique ; ou enfin, elle se montre à l'origine du délire systématisé des dégénérés.

OBSERVATION VI (LEGRAIN). — *Dégénéré. Idée fixe ambitieuse d'apparition brusque. Durée courte. Guérison.*

P..., Julien, trente ans.

Vers le milieu de novembre 1885, P... se trouve quelque ressemblance avec le Prince Impérial, et il lui vient l'idée de se faire passer pour ce dernier. Il s'accoutume peu à peu à cette idée et se l'assimile si bien que, persuadé que Napoléon IV existe, que les récits concernant sa mort sont mensongers, il écrit à l'Impératrice en lui envoyant sa photographie, pour lui apprendre la vérité, pour lui dire que son fils lui est rendu. Voici la lettre qui édifiera amplement le lecteur sur l'état mental de P... et sur la nature de son délire. Nous lui laissons son style et son orthographe :

« *A Sa Majestait Eugénie, Impératrice des Français, à Chislehurst* ;

« Ma chère mère,

« Je viens vous apprendre l'heureuse nouvelle que votre fils

existe; pour mieux vous rassurer, il vient de se faire photographier à l'électricité avant d'aller au lit. Voilà six ans que vous n'avez entendu parler de lui : j'ai quitté l'Afrique le 2 décembre 1879 pour me diriger vers l'Autriche, Vienne. Arrivant de là, j'ai attrapé une grave maladie. Si, après la victoire, je n'ai pas démenti ma mort, c'est que pour mon malheur, j'ai appris par la voix des journaux que ma très chère mère a constaté ma mort, et pour ne pas la compromettre, j'ai préféré souffrir et me faire l'esclave d'un autre. J'ai quitté Vienne le 5 juillet, pour me rendre en Algérie. Arrivé le 9 juillet 1880 à Vintimille, je vois un pauvre jeune homme bien triste, assis sur une banquette; je lui dis : « Que faites-vous là? » — « Je parle deutsch, j'arrive de Vienne, et je suis né le 27 février 1863. à Presbourg (Hongrie); je vais trouver un de mes oncles, qui est établi horloger-bijoutier à Marseille, une maison très importante. Je suis horloger de mon état, et je vais travailler chez lui. » — « Le connais-tu ? » lui dis-je. — « Non, il m'a vu qu'à deux ans. » — « C'est bien. » — Il me ressemblait assez, et je lui propose de me donner ses papiers et son passe-port; il accepte, et je lui donne tout mon bien. Je l'ai quitté le 8 juillet pour aller à Marseille. Arrivant à la gare le 11 juillet, tous ses parents m'attendait; je les ai reconnu d'après la photographie, et m'ont amené à la maison, croyant que j'étais leur neveu qui avait travaillé dans l'horlogerie 5 ans, et moi qui n'avait pas l'habitude, je n'arrivait à faire grand chose, je ne pouvais donc pas me bien récomporter tout le temps, et ils me cherchaient dispute et me traitaient tout sorte de chausses et ce qui était le plus embêtent est qu'il fallait parler que le deutsch pendant un an, parce que l'autre jeune homme qui est mort aujourd'hui, ne savait parler que le deutch. Enfin, je suis resté 4 ans dans la maison, et vous dire ce que j'ai souffert! Pendant un an j'ai voyagé dans les provinces de France; j'ai quitté Marseille le 28 août 85 pour aller à Presbourg, lieu de naissance de ce jeune homme pour lequel j'ai passé. Arrivant à Vienne le 3 septembre 1885, j'ai cherché une occupation, malheureusement je n'ai rien trouvé. J'ai quitté le 12 octobre pour venir à Paris. Enfin, maintenant, ma très chère mère, je souffre le martyre de ne pas vous voir, car je suis dans une situation pitoyable. J'espère que vous me tendrez la main, à votre fils, qui n'a cessé de penser à vous, et qui vous aime.

« J'ose espérer, ma très chère mère que vous accepterez cette lettre de bon accueille, et que vous voudrez recevoir les baisers d'un fils qui vous aime tendrement.

« Votre fils dévoué,

« Napoléon,

« Prince Impérial des Français. »

« Voici mon nom sous lequel j'ai toujours voyagé :

« Jules P..., 5, rue...., Paris.

« Maintenant, ma très chère mère, si vous voulez venir à mon aide, ici de me dire ce qu'il faut faire. M. Rouher où est-il? Il n'est pas à Paris. Ne fait pas attention à la lettre, je fais écrire par un enfant, car je suis très faible. »

Il est inutile d'insister sur le tissu d'inconséquences que contient cette lettre, ni sur l'absurdité des subterfuges employés par le malade pour convaincre l'Impératrice de son identité. Le 1er décembre 1885, n'ayant pas reçu de réponse à sa lettre, il se rend à la Préfecture de police, et se présente au bureau de l'officier de paix de la première brigade des recherches. Après avoir été introduit, il s'exprime ainsi : « Monsieur, je suis le prince impérial et je voudrais savoir si ma lettre, adressée par moi à l'impératrice Eugénie, ma mère, est bien parvenue à destination. Je n'ai reçu aucune réponse et je viens vous prier de faire des recherches. Oui, je suis le prince impérial, fils légitime de S. M. Napoléon III et de l'impératrice Eugénie. Au mois de mai 1879, j'ai quitté l'Angleterre pour aller combattre les Zoulous. On m'a cru mort, je n'étais que blessé et prisonnier, et j'ai pu me sauver déguisé en Zoulou. » Toutes ces divagations étaient dites avec beaucoup de lenteur et de calme.

Conduit au dépôt de la Préfecture, il est arrivé à Sainte-Anne le 2 décembre. P... présente l'attitude extérieure et les signes physiques de la dégénérescence mentale : oreilles très écartées de la tête et très développées, lobule sessile, etc. Sa physionomie rappelle, en beaucoup de points, celle du prince impérial; on le lui avait probablement dit quelquefois. Il a toujours été mal équilibré; il était peu stable dans les maisons où on l'occupait. Il travaillait très irrégulièrement et laissait facilement le travail pour aller s'amuser. Très peu intelligent, sa conversation était naïve et niaise.

A son arrivée à Sainte-Anne, il pleure et se lamente, déclare formellement être le prince impérial et ajoute que M. Rouher devrait bien lui rendre des comptes, car il est sans ressources.

Il suffit de deux jours pour que le délire disparaisse.

Dès le 4 décembre, P... est tout confus et essaie, par divers artifices, d'expliquer son délire. « C'est une bêtise que j'ai faite, dit-il, je ressemble un peu au prince impérial. Je ne voulais pas être prince, car on se serait aperçu de l'erreur à mon manque d'instruction française. » Il prétend qu'on lui a fait dire qu'il était le fils de l'Empereur et qu'une fois la chose dite, il l'a soutenue devant les médecins.

Dans la suite, chaque fois qu'on lui parle de son idée ambitieuse, on semble lui être particulièrement désagréable; il soutient

qu'il n'y a rien de vrai et qu'il n'a jamais voulu se faire passer pour ce qu'il n'était pas. La guérison se maintient et le malade est rendu à la liberté.

OBSERVATION VII (LEGRAIN). — *Débile. Idée fixe à forme mystique. Délire religieux. Evolution chronique.*

S..., Elie, trente-quatre ans, entre à l'admission de Sainte-Anne le 18 octobre 1885. Il vient de la prison de Mazas où il subissait une prévention pour vagabondage. Une ordonnance de non-lieu a été rendue. Son attitude, à l'arrivée, est bien caractéristique. Tantôt il prend des poses de prédicateur et déclame des versets de la Bible qu'il accompagne de commentaires appris par cœur, avec une intonation spéciale dont la monotonie est rompue parfois par des éclats de voix dans les passages pathétiques. Il a des larmes dans la voix et ses accents dénotent une conviction profonde.

D'autres fois, il tombe dans une sorte d'extase; il prend des airs penchés et inspirés; la tête, après avoir subi quelques oscillations, tombe sur une épaule, et les yeux, tournés vers le ciel, s'humectent de larmes. Pendant cette attitude contemplative, les bras pendent le long du corps; le malade a l'attitude résignée. Il fait part de son désir de contribuer à l'œuvre d'évangélisation. Dieu lui dit de suivre ses pensées. Il lui apparaît sous la forme créatrice. Il ne le voit pas réellement, il n'entend pas sa voix; mais il se sent possédé et inspiré par lui.

Voici en quelques mots l'histoire de ses antécédents héréditaires et personnels :

Antécédents héréditaires. — Côté paternel : grand-père un peu buveur; père, soixante-huit ans, un peu emporté; un oncle buveur.

Côté maternel : grand'mère, intelligence très ordinaire, loquace : au village, elle s'occupait de l'art de guérir et connaissait beaucoup de recettes contre les maladies. La mère, cinquante-huit ans, très émotive, grande faiblesse de caractère. Un cousin germain faible d'esprit, idées mystiques. Dans les assemblées, il se levait et annonçait l'évangile; il parlait au milieu de tout le monde sans permission; on le traitait d'innocent.

Histoire du malade. — Jusqu'à seize ans, peu de chose à signaler. D'une intelligence très débile, il se faisait remarquer par une timidité exagérée. Il avait déjà des sentiments de piété. De temps en temps, il se masturbait seul. L'onanisme a d'ailleurs persisté très longtemps, même après le mariage; il ne pouvait avoir de relations avec sa femme. Etant enfant et plus tard, pendant le service militaire, il se rappelle très bien avoir voulu ramener ses camarades et même ses supérieurs au respect de Dieu. D'ailleurs, ces accès de prosélytisme ne duraient pas longtemps, car on se moquait de lui.

Il y a plusieurs années, en 1878, en travaillant dans les caves d'un marchand de vins, il eut des accidents d'intoxication alcoolique, dus en grande partie aux vapeurs qu'il respirait. Il rêvait qu'il tombait dans un bassin, qu'il roulait dans l'eau, qu'il passait dans des tuyaux ; sensations de chutes. Pendant plusieurs jours, il éprouva des étourdissements, des lourdeurs de tête; les idées s'embrouillaient : il allait et venait automatiquement. Il était devenu très triste et voulait se débarrasser de la vie. C'est alors qu'il se fit avec un rasoir des entailles au bras gauche et aux deux jambes, vers le cou-de-pied. Il pensait, dit-il, être plus tôt réuni à Dieu. Dans une lettre, il avait annoncé sa résolution d'en finir avec ses jours; il priait un ami de payer ses dettes. Il croyait aller au ciel pour préparer, avec le Seigneur Jésus, des places à cet ami, à tous ses parents et aux chrétiens. Ces accidents durèrent peu de jours (mai 1878).

En juillet de la même année, il se marie. A cette époque, il commence à s'occuper plus que jamais de l'évangélisation des masses. A Neuchâtel, l'esprit de Dieu agissait sur lui. « Certes, dit-il, ce n'est pas moi qui agissais. » Il quittait son travail et allait au dehors propager l'Evangile. Il se rendait auprès des employés de la police et leur demandait : « Vous ne connaissez pas le Seigneur ? » Il n'a jamais entendu par les oreilles la voix de Dieu; c'est par la pensée que celui-ci se manifestait à lui.

En 1882, il revient au pays natal sur le conseil de sa femme. Il ne travaillait plus suffisamment pour entretenir son ménage; il n'était plus occupé que de l'évangélisation et ne s'attirait que des sarcasmes. Il ne reste pas dans sa famille; il vient à Montauban, colportant çà et là des bibles, dont il étudiait chemin faisant des passages. A Montauban, il reste environ cinq mois, travaillant dans la journée, et le soir, passant son temps à évangéliser les voyageurs qui descendaient à l'auberge. Il est persuadé qu'il accomplissait un devoir, en quittant sa femme et sa famille, et en parcourant les routes, la Bible à la main.

Il se rend ensuite à Genève, en faisant la route à pied, portant un violon. En route, quand il passait dans un village, il réunissait les habitants, les enfants surtout, et leur chantait des cantiques, en s'accompagnant sur son instrument. Puis il faisait en public la lecture de la Bible et la commentait. Il vivait de mendicité. Comme ses prédications étaient peu lucratives, il faisait danser. A Genève où il arrive en 1884, il est arrêté comme vagabond, puis expulsé.

Revenu dans sa famille, il recommence à travailler, sans abandonner pourtant ses occupations religieuses. Puis, dans le courant de 1885, repris de son humeur vagabonde, il part, vient à Paris, en passant par la Suisse. Il déclamait sur les routes, faisant de la propagande pour l'Armée du Salut, récoltant des abonnements

pour le journal : *En Avant!* se faisait donner de la nourriture et des vêtements pour prix de ses exhortations. A Paris, il voulut vivre des mêmes expédients, mais il ne tarda pas à être arrêté comme vagabond.

Pendant son séjour à Sainte-Anne, du 13 octobre au 21 décembre, il conserve la même attitude. Il n'a aucune conscience de son état. Parfois, on le surprend dans un coin, en compagnie d'autres malades, qu'il a rassemblés autour de lui, et auxquels il récite des sermons appris par cœur. D'autres fois, il nous poursuit, et nous demande de vouloir bien l'écouter, ou de lui indiquer les versets qu'il doit apprendre.

Malgré notre insistance, il n'arrive pas à comprendre qu'il doit abandonner son existence de vagabondage, travailler pour vivre, et rappeler sa femme auprès de lui. Il s'est attiré de la part des chefs de l'Armée du Salut de sévères admonestations et une inculpation d'escroquerie, relativement aux placements du journal : *En avant!* Il ne se croit pas coupable, ainsi qu'il l'indique dans le passage suivant d'une de ses lettres : « Je ne puis que maintenir ce que je vous ai déjà dit, que j'ai reçu de la part de toutes les personnes qui ont bien voulu m'accorder soit de l'argent, soit de la nourriture, soit des vêtements qui pouvaient m'être utiles pour mon voyage. Mais cela peut-il être considéré comme flagrant délit d'escroquerie? Je ne le crois pas du tout, car le Seigneur lui-même nous dit : tout ouvrier est digne de son salaire. Et d'après ces paroles, je me trouvais donc digne de recevoir des personnes qui ne me refusaient pas de tendre attentivement l'oreille à mes exhortations touchant les principes des saintes écritures, que j'ai eu à cœur de leur annoncer. »

Il est dirigé sur Vaucluse dans le même état.

Observation VIII (Krafft-Ebing). — *Dégénérée. Idée fixe à forme érotique. Evolution chronique.*

L.... Rose, quarante-cinq ans, est née d'un père religieux, excentrique et psychopathe. — Puberté à l'âge de douze ans, sans aucun malaise. — Règles régulières. — Jamais de conception.

Elle se maria à l'âge de seize ans. Le mariage ne fut pas heureux. Elle prétend qu'à la suite d'une querelle de ménage, elle n'adressa pas pendant quatre ans la parole à son mari. Après sept ans de ménage, elle devint veuve. Elle vécut alors dans des conditions modestes mais bien rangées; elle adopta deux enfants étrangers, une fille qu'elle appelait « son petit brillant » et un garçon qu'elle désignait sous le nom de « cousin doré ».

La malade paraît une personne exaltée et originairement excentrique. De tout temps, elle eut beaucoup de goût pour la poésie, la musique, le théâtre, mais pourtant n'embrassa pas la carrière théâtrale parce que la position de comédienne ne lui paraissait

pas assez distinguée. Elle se peint elle-même comme une femme ayant le cœur très tendre, très romanesque, sensible au bon et au noble. Elle aurait été toujours bien portante. Pas de traces d'hystérie.

Il y a cinq ans, elle fit dans le cercle de ses amies la connaissance d'un officier de grade supérieur. Il fit sur elle une profonde impression. Comme une fois il l'appela bonne et gentille femme (elle le prétend, du moins), demanda plus tard de ses nouvelles, lui faisait dire le bonjour, elle crut qu'elle aussi ne lui était pas indifférente. Obsédée par cette idée fixe, elle se rapprocha de lui, lui envoya sa photographie, son adresse, des cadeaux, lui écrivit des lettres. Tout revenait sans avoir été décacheté, et dans la rue ce monsieur évitait soigneusement de la rencontrer. Elle en éprouva un profond chagrin et pourtant elle ne put vaincre son profond amour pour son « sanctuaire ».

Un jour, elle remarqua que cependant, son « sanctuaire » la désavouait publiquement; il y avait dans le journal, des annonces adressées à elle. Elle reconnut au style, à de petits riens, par les initiales des deux noms, que les annonces venaient de lui et lui étaient adressées!

Ainsi elle lut un jour : « Peux-tu songer à un cœur saignant qui ne peut guérir que par ton traitement? » Nouvelles tentatives de rapprochement, lettres, etc., dont le résultat fut une annonce peu polie dans le journal : « Que ne me laissez-vous pas tranquille! Pas de réponse est aussi une réponse ». Alors elle fit insérer : « Dans mon cœur il pourrait devenir fort ». Il y eut de nouveau réponse grossière et enfin une réconciliation par « Myosotis ». Comme réponse à une nouvelle annonce : « Conserve-moi mon sanctuaire, ma lumière du ciel » elle lut : « Je suis ici, je suis à Gratz ». La malade poursuit alors son « sanctuaire », le rencontre enfin dans une promenade. Au lieu d'un abord aimable, elle entendit ce monsieur s'écrier : « Vache! » Alors elle s'évanouit de douleur. Ce qui est surprenant, c'est que malgré tout, elle reçut bientôt après des communications aimables par la voie du journal. Malgré l'affront reçu, elle répondit avec la même amabilité par des lettres et écrivait entre autres : « Ma chambre est très petite et sans ornements, mais l'amour pour le sanctuaire la remplit complètement ». A sa grande douleur, le sanctuaire ne faisait que passer devant la maison (illusion) sans y entrer jamais. Un voyage d'affaires nécessita son absence temporaire.

Quand elle rentra, ce monsieur était parti. Elle découvrit son nouveau domicile et fit un voyage pour le rejoindre. Nouvelles humiliations; nouveaux refus, bien qu'elle lui eût donné toute son âme. Vivement chagrinée, elle partit pour Budapest. A peine arrivée, elle trouva, dans le journal, cette annonce : « Prêt à tous les sacrifices pous amener réconciliation ». Elle revient, envoie un

œillet avec ces mots : « Que le noble parfum de l'œillet comble l'abîme qui est entre nous ! » De nouveau, profonde humiliation et accès de syncope.

Sur la plainte de ce monsieur, elle dut se justifier devant la police. On la congédia après l'avoir sermonée. Elle résolut d'éviter l'infidèle. Bientôt après, elle lit de nouveau dans le journal : « Je vous attends. » La malade, dit-on, a, de nouveau, en tenue décolletée, poursuivi ce monsieur, elle lui aurait même envoyé des photographies obscènes. Voilà pourquoi on l'a mise à l'hôpital pour que son état mental fût observé. Là aussi, les annonces du journal continuent : « Heureux avenir, tout est déjà arrangé ! » La malade se résigne au fait inévitable. Elle ne peut pas s'expliquer la double nature de l'homme, ni sa tromperie. Malgré toutes les déconvenues, elle aime toujours, avec enthousiasme, son « sanctuaire ! » Elle est incapable de tout raisonnement critique.

Les hallucinations manquent absolument dans le tableau morbide fait de rapports illogiques, d'interprétations délirantes et d'illusions.

OBSERVATION IX (LAURENT). — *Dégénérée. Idée fixe constituant seule tout le délire pour aboutir, après de longues années, au délire des dégénérés.*

Mme X..., âgée de quarante-six ans, est examinée, pour la première fois, en 1894. A cette époque, elle déclare être en proie à une *idée fixe*, existant chez elle depuis quelques semaines après son mariage, qui avait eu lieu en 1873. Le sujet de cette idée était qu'elle devait être fatalement entraînée à tromper son mari un jour ou l'autre. Elle ne peut voir un homme sans lui prêter la pensée de songer à elle. Elle se figure qu'elle va être l'objet de propositions déshonnêtes, et il faut qu'elle garde tout son empire sur elle-même pour ne rien laisser paraitre de son trouble. Aussi, appréhende-t-elle de recevoir un homme quand elle est seule, et pourtant elle n'a jamais eu le moindre désir, la moindre pensée d'adultère, elle est foncièrement honnête et tout son être se révolte à la pensée d'appartenir à un autre qu'à son mari. Elle ne raisonne pas son idée fixe, ou, du moins, elle ne réussit pas à se convaincre que si quelqu'un voulait la violenter, elle aurait toujours l'énergie morale et physique nécessaire pour lui résister.

Il fallut de longs entretiens au sujet de sa santé, avant que Mme X... se décidât à avouer la raison de ses tourments, et tant qu'elle put elle dissimula l'existence de cette idée fixe. Le jour où elle en parla, ce fut avec beaucoup de gêne et de contrainte et elle fut très sobre de détails à son égard. Plus tard, elle se montra plus communicative et on put être renseigné sur l'origine et l'évolution de cette idée morbide. Tout entière à ses pensées du moment, elle

ne s'était jamais donné la peine de réfléchir aux causes de son malaise mental, et ce ne fut qu'en rappelant des souvenirs lointains qu'elle précisa le fait que voici :

Histoire de la maladie. — Etant à Nice, en voyage de noces, son mari la laissa pendant quelques minutes à l'attendre devant un magasin. A ce moment, un passant se permit de faire à son égard une réflexion moitié laudative et moitié obscène : « Voilà une jolie fille avec qui je voudrais bien coucher ». Tout d'abord simplement troublée, elle n'y pensa guère, mais plus tard cette idée lui revint et elle se mit à réfléchir à son sujet. Or, on peut se figurer les réflexions qui peuvent s'éveiller en pareil cas dans l'esprit troublé d'une jeune femme toute naïve.

Cette idée flottait de temps en temps devant elle, idée qu'elle précisait mal alors et qui était à peu près celle-ci : « Comment peut-il se faire qu'il y ait des femmes qui osent tromper leur mari? L'idée disparaissait ensuite pendant des mois pour revenir ensuite pendant un temps plus ou moins long. Ce fut à peu près vers 1877, trois ans après son début, qu'elle prit définitivement corps et que Mme X... commença à ne plus avoir un instant de repos, craignant, dès qu'elle était avec un homme, de subir des propositions et d'être entraînée à ce qu'elle ne voulait pas, et quand elle était seule, se demandant avec inquiétude comment elle pourrait faire pour se débarrasser de l'insolent s'il se présentait.

Arrivée à ce point, l'idée fixe en question devint un facteur important dans la vie de Mme X..., et au bout de quelques années finit par lui faire adopter une existence toute particulière.

Elle reste chez elle, sort le moins possible et seulement en voiture, évite les réunions où elle sait devoir rencontrer des étrangers; en un mot, elle se séquestre pour éviter la scène à laquelle elle pense sans cesse et qu'elle redoute de voir survenir.

Elle se figure que son mari, à qui elle n'a pourtant jamais osé avouer son délire, devine sa pensée secrète et va lui faire des reproches sur la faute qu'elle n'a jamais commise et qu'elle craint de commettre. Elle est souvent gênée devant lui et montre le même embarras que si sa crainte s'était réalisée.

Vers 1888, autant que la malade peut préciser, commencèrent à apparaître des troubles psychiques d'ordre neurasthénique si l'on veut, mais rappelant aussi par bien des côtés le délire des dégénérés : sensation de vide cérébral, fatigue intellectuelle rapide, difficulté de soutenir de longues conversations à certains jours, crainte de paraître bizarre, quasi-certitude que tout le monde devine sa situation et la regarde d'une façon plus ou moins bienveillante.

Comme conséquence, sauvagerie beaucoup plus grande, et réclusion plus complète. Avec des alternatives de mieux et de pis, ces phénomènes vont en s'accentuant peu à peu depuis 1894 où leur présence est constatée, ils n'ont fait que grandir.

A côté de cette idée fixe principale, est venue progressivement, et comme un corollaire obligatoire, s'en greffer une autre, d'un genre de fixité tout autre, moins obsédante, mais certainement aussi fatigante; celle de trouver remède à sa maladie.

Aussi cherche-t-elle de tous côtés un moyen de guérison; elle se tient au courant de tout ce qui paraît en médecine nerveuse; elle lit les ouvrages de médecine et de science, elle s'emballe à la suite du moindre progrès réalisé en thérapeutique mentale. Elle essaye toutes les méthodes nouvelles, et frappe à la porte de tous les guérisseurs. Ses nombreux échecs ne la rebutent pas, mais elle s'indigne contre la science qui n'avance pas et les médecins qui ne peuvent la guérir. A côté de cela, c'est une femme extrêmement intelligente, très lettrée et instruite, raisonnant fort bien sur tout, et ne laissant jamais percer la moindre trace de ses pensées intimes.

Antécédents. — Sa santé physique est parfaite; elle n'a jamais été malade de sa vie; elle a cinq enfants tous bien portants. Tous ses organes sont en bon état. Elle ne présente pas la moindre tare physique.

Son hérédité n'est pas très chargée : son père était nerveux de la même manière qu'elle, et paraît avoir été en proie pendant toute sa vie à des idées fixes; il mettait, en tout cas, de l'entêtement à atteindre les buts qu'il se proposait. C'est un original, disait-on; il était sujet aux migraines, avait eu de la chorée de Sydenham dans son enfance, et avait présenté à plusieurs reprises des manifestations rhumatismales. Il mourut d'hémorragie cérébrale à soixante et un ans. Sa mère était parfaitement équilibrée, et mourut de pneumonie. Elle a trois frères et une sœur : ses frères ne présentent aucune trace d'hérédité nerveuse, mais ils ont eu les uns et les autres des manifestations arthritiques diverses. Sa sœur a eu de l'hystérie convulsive dans les premières années qui suivirent son mariage, et a conservé le caractère et les allures d'une hystérique.

Commentaires. — Depuis trois ans que cette malade est observée, on assiste certainement à une évolution dans son délire. Il semble que l'idée fixe perde un peu de sa puissance, et qu'à côté d'elle viennent se greffer d'autres idées délirantes, comme, par exemple, le souci de se soustraire à toutes les obligations mondaines, et la recherche de plus en plus maladive de la guérison.

D'autres signes, moins précis, montrent que le délire s'étend, perdant en intensité ce qu'il gagne en étendue; et il ne faudrait pas être surpris que l'idée fixe vînt un jour à disparaître au milieu d'un chaos d'autres idées délirantes, et qu'un délire, d'abord très coordonné, et plus tard moins systématique et même diffus, ne vînt à leur succéder.

OBSERVATION X (Personnelle). — *Dégénéré. Idée fixe à forme ambitieuse aboutissant au délire des dégénérés.*

Th.... Georges, vingt-neuf ans, sans profession.

Antécédents. — Rien de notable dans l'hérédité. Comme antécédents personnels : aucune maladie grave; pas d'excès alcooliques. Mais les signes de la dégénérescence ont pu être constatés de bonne heure. Dès l'adolescence, il se fit remarquer par ses excentricités. Devenu homme, bien que très intelligent et muni d'une bonne instruction, mais d'une mobilité excessive, il fut toujours un désœuvré, incapable d'exercer une profession quelconque. Outre son originalité, il était sujet à des impulsions, commettant des fugues sans donner de ses nouvelles. Il disparut un jour brusquement, et, après de longues recherches, on le retrouve quelque temps après dans une forêt de l'Algérie, la barbe et les cheveux incultes, se nourrissant de racines et de plantes. De retour chez lui, il continua la même existence de déséquilibré, inquiétant sa famille par ses tendances délirantes de plus en plus accusées.

Histoire de la maladie. — C'est vers 1895 que le délire fit sa première apparition sous forme d'une *idée fixe* de grandeur. Cette idée se développa de la manière suivante :

Depuis longtemps, M. Th... avait été frappé de l'identité de son nom avec celui que portaient les comtes de Champagne. L'idée lui vint peu à peu qu'il était le descendant d'une famille ayant régné sur la France. Un jour, en mettant son chapeau, il aperçut sur la garniture intérieure, une couronne dorée. Ce détail insignifiant fut pour lui une révélation. Dès lors, il ne douta plus que c'était là l'emblème de la couronne qu'il devait porter et dont il était dépossédé. Il ne parla et n'agit plus qu'en prétendant au trône. On dut l'interner (janvier 96).

Après avoir cherché sa généalogie qu'on lui avait dissimulée, disait-il, son idée fixe se précisa, et depuis lors il s'intitule : Georges I[er] de Bourbon. Tous ses écrits sont signés de ce nom et portent la devise qu'il a adoptée : *Ferro non auro.* Henri IV est son aïeul, et pour l'imiter il a changé de religion et embrassé la religion protestante. L'homme au masque de fer est son père, et il écrit aux journaux pour les en informer. Il écrit aussi à la princesse Marthe de Guise, dont il prétend être le fiancé et qu'il appelle sa chère cousine. Il revendique hautement ses titres de noblesse royale et réclame sa liberté au nom du droit des gens. Lisons-le :

« Asile public d'Armentières, le 20 février 97.

« *Ferro non auro.*

« *A Monsieur le Procureur de la République, en son parquet, à Lille.*

« Monsieur,

« J'ai eu l'honneur de m'adresser à vous, pour m'aider à me

faire sortir d'ici, et vous ai même donné copie d'une lettre que j'envoyai à S. M. le roi des Belges, dans laquelle je lui demandais du service dans son armée. J'ai même pu écrire depuis que je devais être considéré comme un de ses officiers (ceci est plus conventionnel que réel, puisque je n'en reçus pas de réponse). J'avoue d'ailleurs avoir eu tort de m'adresser à un autre pays que le mien, ce qui peut paraître excusable, en considérant la situation des plus pénibles dans laquelle je me trouve ici.

« Pour réparer cette faute, je viens d'écrire à M. le Ministre de la Guerre afin qu'il m'autorise à servir ma Patrie.

« Cependant je ne puis toujours rester ici, et si je ne pouvais obtenir une prompte solution, je vous prierais, M. le Procureur, d'y mettre un terme, en usant de votre pouvoir, pour me faire conduire à la frontière.

« A tous les points de vue, cette situation doit finir, je n'ai pas eu le temps de liquider mes affaires, ce que je pouvais faire autrefois facilement sous le nom que je portais alors et que je ne puis plus porter ni signer aujourd'hui.

« Je vais maintenant vous expliquer par quelle suite de circonstances, et quelles preuves je puis vous fournir pour me dire et avoir le droit de porter le nom de Bourbon, si ma nature et ma religion (protestante) ne suffisaient pas pour l'affirmer, après ce qui a déjà eu lieu ici où on a essayé bien difficilement d'imiter le service militaire (marques de mon linge G. T.).

« Vous n'êtes pas sans savoir absolument pourquoi j'ai été interné puisque M. le Dr M... m'a dit que vous avez bien voulu vous occuper de moi.

« Je remonte à l'origine :

« Ayant trouvé à mon domicile, une assiette avec le blason des comtes de Champagne, je me décidai à faire la généalogie du nom que je portais alors et remontai ainsi jusqu'au bisaïeul dont il m'est impossible de connaître l'ascendance.

« Ceci était resté dans cet état pendant quelque temps, lorsque ayant eu besoin d'un chapeau, je trouvai imprimé dans la coiffe : un casque en fer (le masque de fer), une couronne en or et un petit drapeau blanc, avec ces mots écrits en anglais : *Forked expressly for*.

« Étant allé en demander compte au chapelier, bien que j'en eusse déjà l'intuition en ce que depuis plusieurs jours je remarquais que l'on me regardait attentivement, je me rendis chez un brocanteur.

« Mon attention fut alors attirée par un tableau (parchemin noir avec ma devise : *Ferro non auro*) que j'achetai, trouvant une grande analogie avec le masque de fer que je portais imprimé au fond de mon chapeau. Evidemment ce tableau avait été placé là pour moi. Il a dû appartenir certainement au bisaïeul dont j'ai parlé tout à l'heure, et maintenant, cela ne fait aucun doute

dans mon esprit, il descendait certainement des Bourbons par Henri IV, Louis XIII et l'homme au masque de fer, le frère de Louis XVI (d'une union que je suppose et puis presque affirmer incestueuse).

« Portait-il à la Révolution le nom de Bourbon, et vit-il ses parents monter sur l'échafaud, je l'ignore; toujours est-il qu'il dut prendre le nom de Th., comte de Champagne, qu'il avait peut-être porté dans sa jeunesse, et dont il dissimule le titre. Puis s'étant mésallié, il n'osa plus reprendre son nom de Bourbon et faire valoir ses droits à la couronne de France. Comme c'est moi seul qui ai découvert ceci, il est juste qu'à moi seul appartienne ce parchemin.

« Je crois avoir à peu près terminé ce que j'avais à vous dire, et à force de trop prouver, on arriverait à bafouiller. J'espère cependant que vous devez être convaincu que je puis m'intituler comme je vous l'affirme être le roi de France et de Navarre (*in partibus* naturellement), et du droit de signer comme je le fait, après vous avoir prié de m'excuser de vous avoir entretenu si longtemps et en vous priant aussi de vouloir bien agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

« GEORGES I[er] DE BOURBON. »

Comme on peut en juger par ce qui précède, le délire semble se développer de plus en plus par extension progressive de l'idée mère; mais il ne perd rien de sa physionomie première, et ne subit pas de transformation notable.

Dernièrement des hallucinations de l'ouïe ont apparu, mais elles restent rares. Leur sujet correspond à celui de l'idée fixe première, et elles n'ont modifié en aucune façon le délire. Voici maintenant un groupe d'observations analogues :

OBSERVATION XI (NEISSER. *Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie*; LI, 1. 1894). — *Persécuté processif.*

Un malade, à l'instigation du tribunal, a été mis et est en observation à l'asile de Leubus. C'est à la suite d'un nombre infini de requêtes de sa part et de réclamations processives qu'on a soupçonné l'existence de l'aliénation mentale. Il n'y a pas d'idées délirantes; il n'y a pas d'idées spéciales de persécution. Toute une *série fixe* de conceptions en rapport avec une exagération *intense de l'émotivité*, l'obsèdent et assiègent son idéation. Cet homme a été il y peu de temps blessé à la tête; il est phtisique.

OBSERVATION XII (SELLE, *loco citato*). — *Délire de chicane tournant autour d'une idée fixe.*

Paysanne ; soixante ans. Depuis une *émotion morale* (son fils, par

un acte infâme, a laissé passer son bien en des mains étrangères), elle est tourmentée de l'*idée fixe* ou *prévalente* que la vente est irrégulière, qu'il ne s'agit que d'un contrat apparent ; aussi s'adresse-t-elle, dès que cette conviction a pénétré dans son esprit, aux tribunaux, qu'elle fatigue de ses réclamations. C'est une faible d'esprit qui n'a jamais pu apprendre à lire et à compter ; en revanche elle a toujours présenté une exagération de la personnalité ; toujours prête à discuter, elle se montrait un peu irritable. Une sœur de la malade est épileptique. Ses idées de persécution consistent à se plaindre que les magistrats se soient tournés contre elle et que les témoins se soient parjurés.

OBSERVATION XIII (SELLE, *loc. cit.*). — *Délire des persécutés persécuteurs.*

Une demoiselle de cinquante-huit ans, très tarée (héréditaire), d'humeur violente, et très bizarre dans sa jeunesse, est en même temps faible de corps. Son développement intellectuel a été très lent. Jeune fille, elle a été souvent éprise, a manifesté des tendances à l'exaltation religieuse. La perte de sa fortune l'a profondément affectée et déprimée. Il s'est, chez elle, développé l'idée *prévalente* qu'un M. de N... l'aime et veut l'épouser. Elle la conserve, en dépit de toutes les contradictions, malgré l'intervention du monsieur en question, qui lui a nettement fait comprendre qu'il n'avait point ce dessein. Elle a importuné les autorités et a demandé protection contre ses persécuteurs. Elle persiste à dire qu'elle se mariera bientôt, et se plaint amèrement que ses parents et les médecins soient cachés sous le toit.

4° *Idée fixe dans le délire chronique.* — Elle naît par *voie conceptuelle.* On enregistre alors une fiction à la base, sur laquelle le malade échafaude un édifice d'erreurs, malgré la correction apparente dans l'exécution de l'architecture de celui-ci (DE KRAFFT-EBING). C'est pourquoi la logique de ces malades semble intacte ; ainsi s'explique le nom ancien de folie partielle usité en pareil cas. En réalité le sens critique manque et c'est ce qui a entraîné l'erreur. L'idée fixe en cette espèce morbide forme souvent un élément très net.

Elle naît quelquefois par *voie hallucinatoire* dès le début, car nul n'ignore qu'il existe toujours des hallucinations dans le délire chronique à une période avancée.

Le plus habituellement les premiers troubles se montrent dans la sphère intellectuelle, et c'est alors qu'il n'est pas rare de bien saisir à l'origine une idée fixe qui est le phénomène pathologique initial.

C'est surtout à l'idée fixe du délirant chronique que se rap-

portent les développements nosographiques de ce mémoire. Les prémisses du raisonnement étant fausses, certains anneaux de la chaîne syllogistique sont fréquemment faux ou les lacunes sont comblées par des artifices d'imagination; l'aboutissant est toujours, forcément, une série de conclusions vicieuses.

L'idée fixe, déraisonnable, insensée, subite, est le plus ordinairement imputée par l'individu à sa propre personne victimée, selon lui, ou sur le point de l'être. Après avoir duré, généralement assez longtemps, elle mène à un système délirant, plus ou moins coordonné, en engendrant d'autres idées délirantes, qui se multiplient, s'agrègent, se combinent. L'idée fixe de persécution notamment, d'abord posée par le malade avee une certaine réserve (Lasègue) devient bientôt tout à fait nette. Avec l'apparition des interprétations délirantes ou des hallucinations de l'ouïe, l'idée s'affermit, devient de moins en moins variable, l'hésitation fait place à la certitude. Le reste, on le connaît. C'est, quoi qu'il arrive, toujours à l'origine un délire *circonscrit*, roulant sur la même idée ou sur une même série d'idées pour le même individu. Puis, l'organisation du délire le développe, en introduisant parfois quelques variantes; invariablement la personnalité s'altère, le Moi se transforme. A l'appui un beau type.

Observation XIV (personnelle). — *Idée fixe installée dès le jeune âge sans trouble sensoriel (hallucinations apparues postérieurement) pour aboutir au délire chronique systématique.*

B... André, quarante ans, fumiste.

Rien à remarquer dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Méningite à l'âge de trois ans (?).

Les troubles psychiques semblent remonter chez lui à son jeune âge, ou tout au moins, il semble, dès sa jeunesse, avoir réagi intellectuellement d'une manière anormale.

Voici, d'ailleurs, ce qu'il raconte : Vers l'âge de trois ans, ayant fait une fièvre cérébrale, à ce qu'on lui a dit, le Dr S... qui le soignait, demanda à Mme B..., qui se désolait de le voir si malade : « Vous tenez donc tant que ça à cet enfant ? » La dame B... répondit qu'elle y tenait autant que la belle-fille du docteur pouvait tenir à lui.

Plus tard, vers l'âge de sept ans, on rapporta un soir son père mort, à la maison. Cette mort était des plus mystérieuses, selon lui. Parti le matin bien portant pour la ville voisine, il était revenu au dernier train le soir, on l'avait vu à la gare; le lendemain matin, on le trouvait mort dans un remblai près de la station.

Cette mort l'affecta beaucoup ; dès ce moment il conçut des soupçons, et l'idée entra dans sa tête qu'un jour il aurait la preuve que cet homme avait été assassiné.

A quelque temps de là, dans un conseil de famille, il entendit le dialogue suivant entre l'aîné des B... et sa mère : « Qu'avez-vous fait de ses papiers ? » Ce à quoi la mère répondit qu'elle les croyait plus en sûreté chez M. le Curé. Le frère aîné répondit alors : « Mère, vous avez fait son malheur. »

« J'étais loin de me douter alors qu'il était question de moi raconte B... ; mais comme j'étais obsédé, depuis la mort de mon père, par l'*idée fixe* qu'un jour je saurais pourquoi cet homme était mort, j'en conclus par la suite, que le père B... n'était que mon père adoptif, et que, comme il ne voulait pas se départir de mes papiers d'origine, les personnes qui avaient intérêt à les posséder l'avaient fait disparaître, pour les obtenir de la mère. »

Déjà les paroles aimables des uns, les saluts respectueux des autres, des allusions saisies au vol sur le secret de son origine, la remarque qu'on lui a préféré de tout temps ses prétendus frères et sœurs, avaient éveillé chez lui le soupçon qu'un mystère entourait sa naissance et qu'il pouvait bien être le fils d'un personnage historique, et voilà l'idée fixe définitivement installée et notre malade persuadé que ceux dont il porte le nom ne sont pas ses parents, mais seulement des parents adoptifs; que son père a été assassiné pour lui ravir plus sûrement ses papiers d'origine; il est entretenu dans sa conviction par d'incessantes interprétations délirantes.

Telle est la base initiale de son délire : une idée fixe, installée dès l'enfance dans son cerveau et s'y étant ancrée avec la puissance des acquisitions faites à cet âge, sans l'intervention d'aucun trouble sensoriel.

Dès lors, B... mène une existence des plus mouvementées. D'une acuité psychique d'autant plus vive, que toutes ses facultés sont tendues toujours vers le même objet, il scrute attentivement tout ce qui se dit, tout se qui ce fait ; et dans toutes choses, par une série de raisonnements plus ou moins logiques, il découvre quelque ressort caché, quelque allusion à sa personne et à sa situation.

Engagé à la légion étrangère, à vingt trois ans, on commença à lui faire des misères ; un officier s'était acharné à sa perte et voulut le faire passer au conseil de guerre. De retour à Paris, il exerça sa profession de fumiste, mais toujours on le tracassait, on le renvoyait de tous les ateliers ; les femmes s'en mêlèrent, tentèrent de le pousser au vol, à la débauche, dans l'anarchie. Las de cette existence il partit pour Buenos-Ayres ou il resta six ans, mais la vie lui devint vite intenable, on l'empêchait de gagner sa vie, on voulut l'assassiner.

C'est vers cette époque, c'est-à-dire vers l'âge de trente ans, que les hallucinations de l'ouïe firent leur apparition. On commença à l'insulter dans la rue. Les journaux firent campagne contre lui ; il comprenait en lisant certains articles que c'était lui que l'on visait. Ainsi maltraité, il se dit que s'il était un simple B..., on ne l'aurait pas persécuté de la sorte.

Le délire s'étend, sous l'influence des hallucinations, les idées de grandeur vont venir s'ajouter aux idées de persécution.

Revenu en France pour se faire rendre justice, il entendit une voix, qu'il reconnut être celle du commandant du navire, l'appeler Michel de Stephenson. Ce fut pour lui un trait de lumière ; le mystère de son origine était éclairci.

A son arrivée à Paris, il fut interné à Vaucluse ; évadé on le reprit à Bruxelles, puis à Tournai et enfin à Armentières où il se trouve depuis trois ans.

Son *état actuel* est celui du délire chronique à son complet développement ; il possède des biens immenses dont on voudrait s'emparer. Les Orléanistes sont ses principaux ennemis. Les chefs des partis dynastiques lui font toutes sortes de misères et s'entendent pour le perdre. On agit par le spiritisme sur lui, sur sa parole et sur sa pensée, on lui fait dire le contraire de ce qu'il pense. On l'insulte incessamment de Hollandais, de Prussien, de bête habillée en homme.

Les hallucinations ont envahi les autres sens et même la sensibilité générale ; on met des poisons dans ses aliments, il les reconnaît au goût et à l'odeur, on lui lance sur le corps des vapeurs brûlantes.

Tout ce qui se dit et se fait a trait à sa situation ; la guerre Turco-Grecque et le conflit Hispano-Américain, n'ont éclaté qu'à cause de lui ; voici d'ailleurs un échantillon de ce qu'il écrit journellement :

« A leurs Excellences les Ambassadeurs des puissances principalement intéressées dans la question concernant ma situation.

« Excellences,

« Voyant que tout ce que j'emploie pour sortir de ma situation et de la France ne me sert absolument à rien, et que vos puissances deviennent la complice forcée du drame que la France s'est plue de vous jeter sous les yeux, car si on me tient ici, ce n'est que par tous les procédés qui ont été exercés sur moi depuis mon plus jeune âge ; je propose à vos Excellences de me faire tirer au sort et que le sort décide à quelle nation je dois appartenir. Comme ma situation concerne toutes les puissances, j'espère que toutes les puissances y ont le même intérêt que la France, car je ne resterai

Français que si le sort m'y oblige; sinon je me verrai forcé de vous faire remarquer que je n'ai jamais vendu mon corps aux Français, pas plus qu'au parti politique qui s'acharne contre moi. Je vous ferai entendre par le même procédé qu'il m'est impossible de faire face à ma situation politique.

« Reste donc la question première et si vous ne me rendez justice, sur ce que je vous demandais tout à l'heure, je vous ferai remarquer que ces biens ne viennent nullement des pouvoirs publics, et que leur seule provenance est l'accumulation de l'agiotage.

« Vous ne pouvez m'obliger à faire du socialisme, vu que vous le prohibez dans vos propres principes, et quand Rothschild partagera, je partagerai aussi. Si vous ne me rendez pas justice sur ce point, je serai obligé de me considérer la victime d'un banditisme international vu que l'on agit avec moi pis que les bandits de grand chemin, car ceux-là sont au moins sous l'action d'une loi et ne sont pas exempts de l'impunité.

« Si je vous tiens ce langage, c'est parce que je m'y trouve obligé, vu que je suis complètement à la merci de toutes les drogues que les médecins me font absorber dans ma nourriture. Cela est tout simplement inique et odieux, car ils savent bien que je ne suis qu'un instrument entre leurs mains.

« J'ose espérer que vos Excellences daigneront me rendre satisfaction et me tirer de la griffe de mes bourreaux, ou bien de me faire transporter dans une île, où au moins je n'aurai pas sous les yeux le spectacle de tant d'ignominies.

« Je prie donc vos Excellences de bien approfondir toutes les questions, et d'en finir avec une pareille existence, et de recevoir mes sentiments de profond respect.

« B... dit DE STEPHENSON. »

OBSERVATION XV. — *Autopsychose circonscrite.* WERNICKE, *in Grundriss der Psychiatrie.*)

Il s'agit d'un homme de soixante et un ans, qui se dit à l'asile à cause des *importunités* dirigés contre lui au dehors. Ici il est tout à fait à l'abri, se sent bien depuis quatre ans qu'il y est et espère bien y rester. Tous les essais de sortie qu'il a faits ont mal tourné : les mêmes vexations ont abouti à l'intervention de la police et à son internement.

D'abord ce fut à cause d'un certain Monsieur qu'il ne connait que de nom, qui habitait dans son voisinage et qu'il rencontrait fréquemment dans la rue. Ce Monsieur se tenait fixe en l'attendant et avait l'air de compter les fenêtres d'une maison. Ayant quitté ce côté de la rue, le malade remarqua que le même Monsieur parlait au même endroit à une personne de sa connaissance, et sur son

compte, il en est convaincu bien qu'il ne pût entendre ce qu'il disait. Il aborda alors ces deux messieurs et leur dit : « Vous disiez peut-être quelque chose de moi ? » Puis il gagna sa demeure tout en s'apercevant que les deux messieurs le suivaient et se tenaient devant sa maison. Arrivé chez lui, il prit sa canne, alla à la fenêtre et la brandissant il les interpella en disant : « Montez je vais vous servir ». Une scène du même genre détermina les deux messieurs à le suivre réellement jusque chez lui, à prendre son nom et à se plaindre à la police.

On constata alors l'existence d'un délire des rapports du Moi, exclusivement dirigé contre un maître charpentier. Celui-ci, frère d'un monsieur que le malade connait bien, était, il y a six ans, comme lui, habitué d'un marchand de vin désigné. Pendant des années, le malade s'est intéressé à la fille de ce marchand de vin et lui a fait des propositions matrimoniales, auxquelles il a coupé court parce qu'il a constaté que le père de la jeune fille ne faisait pas de bonnes affaires. Le charpentier a probablement dit à l'autre Monsieur : « Voilà le coquin qui a autrefois lâché la jeune fille. » On ne trouve pas chez notre homme d'autres symptômes psychotiques. Mais il est et demeure convaincu de ce qu'il avance. Sur sa demande il est mis en liberté quelques semaine plus tard ; il revient néanmoins pour la même raison, ressort, et rentre pour la troisième fois. Et maintenant il ne veut plus quitter l'asile. Les deux dernières aventures concernaient des importunités plus nombreuses dans lesquelles étaient intervenues d'autres personnes encore et la police.

C'était toujours d'après lui, le maître charpentier qui, entre temps, avait raconté l'histoire à d'autres, et la police était intervenue pour provoquer sa mise en observation et obtenir qu'il fût taxé d'aliénation mentale.

A l'asile on ne constate aucune autre interprétation délirante, aucune autre affection mentale.

M. Wernicke fait remarquer que le début de l'affection a été constitué par une *idée prévalente* ayant entraîné une appréciation délirante qui mérite le nom de délire de relations du Moi, de la personnalité. Ce délire s'est ensuite étendu, puis est demeuré stationnaire ou plutôt il est devenu nul à l'asile. L'origine de l'idée prévalente doit, selon lui, être cherchée dans le contraste entre la manière peu honorable dont a agi le patient et son caractère autrement équitable. Il est probable, dit-il, qu'il a fait sur ce sujet son examen de conscience et s'est trouvé coupable, souillé moralement. Ainsi préoccupé, il s'est offusqué d'un regard, de l'attitude expectante d'un homme qui connaissait sa conduite, et il en a, par

association d'idées, faussement interprété la portée. Toutes ses idées ont alors constamment convergé sur le texte dominant de son idée fixe, fausse non point quant à l'acte qu'il a commis, mais quant à la valeur de cet acte. Il s'est exagéré son action dans ses rapports avec les personnes qui l'entouraient, à l'exemple du héros de Dostoïewsky, dans *Crime et châtiment*, qui croit que tout le monde lit son meurtre sur sa figure et le lui reproche ; le héros de Dostoïewsky est du reste un névropathe. Comme lui, il se dénonce.

OBSERVATION XVI (personnelle). — *Idée fixe développée sans trouble sensoriel aboutissant au délire systématique. Hallucinations tardives et rares.*

D... Alphonse, trente-sept ans, tisserand.

Rien dans l'hérédité.

Comme antécédents personnels, il y a à noter : des convulsions dans l'enfance ; des excès alcooliques fréquents.

Le début des troubles psychiques remonte à l'année 1894.

A ce moment D..., jusque là bien portant, commença à devenir inquiet et soupçonneux. Il remarqua que dans les tissages où il travaillait, on lui jouait de vilains tours, on dérangeait son métier pendant son absence ; dans d'autres cas, il ne plaisait pas, on le regardait de travers, mais ce qui le frappa le plus fut ce que sa mère lui raconta au sujet de la vie de son grand-père.

Ce dernier, enfant trouvé, fut élevé à l'Hospice général de Lille. Le mystère de la naissance de son aïeul hanta l'esprit surexcité de D... Il se dit qu'on lui cachait quelque chose et, dès ce moment l'idée germa que le grand-père était peut-être le fils de quelque personnage illustre et riche.

Obsédé par cette *idée fixe*, il se mit sans tarder à la recherche de la parenté de son aïeul ; il se rendit à la mairie de Lille, puis à l'Hospice général ; là il sut la date du dépôt de l'enfant, et un des employés qui le renseignait prononça à voix basse le mot de la Trémoille. Evidemment on voulait lui cacher l'origine de son grand-père ; mais il avait entendu le mot, et ce nom de la Trémoille se grava dans sa tête. C'était donc un représentant de la plus vieille noblesse française qui avait déposé son aïeul enfant à l'Hospice général de Lille ; or, réfléchit-il, à ce moment il n'y avait aucun moyen de locomotion, et le marquis de la Trémoille ne se serait certainement pas dérangé de si loin pour le fils de sa cuisinière ou de son cocher ; c'est donc qu'il s'agissait d'un personnage princier probablement ; et il en conclut que son grand-père était un descendant des Bourbons à la maison desquels les la Trémoille étaient attachés.

Voici d'ailleurs ce qu'il écrit à ce sujet.

« Asile d'Armentières, 5 mars 1898.
(D'après le calendrier grégorien.)

« *Pour la Personne représentant la justice, soit divine, soit humaine.*

« La personne appelée Keraval m'empêche de sortir de l'asile pour aller voir à l'Hospice général de Lille pour que l'on me fournisse des renseignements sur mon grand-père, déposé en cet établissement le 1er août 1799 par une ou plusieurs personnes dont une se nommait la Trémoille, et c'est après avoir entendu ce nom-là que je me suis dit : Alors ce doit être le petit-fils de celui qu'on a appelé Louis Capet de Bourbon, roi de France, 16e du nom donc si c'est cela je ne me nomme pas D... mais je suis un Bourbon, et je crois mes droits égaux aux leurs. Donc, si des moyens quelconques appartenant aux D... ont été donnés au gouvernement de la République sans leur assentiment, il me semble que la justice la plus élémentaire est qu'ils doivent en être instruits. Maintenant, si mes droits de naissance sont supérieurs aux leurs, c'est à moi qu'il appartient de disposer et de discuter le bien ou mal fondé de la chose en question à moins qu'il y aurait des Bourbons d'Espagne dont les droits seraient supérieurs aux miens, ce qui peut bien être sans que j'en aie aucune connaissance. D'ailleurs, je voudrais bien que ce soit un autre Bourbon que moi qui s'occupât de cette affaire délicate, car moi, je ne me crois pas assez intelligent pour cela.

« S'il m'était possible de voir ici dans l'asile d'Armentières des personnes représentant ou les personnes mêmes : 1° L'évêque de Cambrai ; 2° Victoria de Cobourg ; 3° Prince de Galles ; 4° Baron de Rothschild ; 5° Léopold de Cobourg ; 6° Félix Faure ; 7° le général des Jésuites ; 8° Alphonse XIII ; 9° le duc d'Orléans, et plusieurs autres personnages, je pourrais leur dire et demander bien des choses.

« Pour terminer, je tiens à vous prévenir que je ne suis pas plus disposé à passer pour l'appelé D... que pour celui qu'on a appelé et qu'on nomme Jésus-Christ, et je crie de tout cœur : Vive la vérité et à bas les crapules ?

« Alphonse D...
« Arrière petit-fils d'un homme qui ne s'appelait pas D... »

Les différentes démarches qu'il fit de divers côtés pour rechercher l'étymologie de son nom, et trouver sa généalogie, eurent pour résultat de le faire interner (avril 1895). Son *état actuel* est le suivant :

Bien que l'idée fixe primitive existe encore à la base du délire,

celui-ci s'est considérablement étendu ; les idées de grandeur et de persécution se sont accrues et développées ; les hallucinations ont apparu.

Le doute, au sujet de son origine, existe encore, mais il ne peut encore préciser de quel personnage il descend ; tantôt il signe : Wilhelm de Hohenzollern ; tantôt, Alphonse Capet de Bourbon, ou bien, Emile Buonaparte. Etendant son délire dubitatif à tous ceux qui l'entourent, il se pose des interrogations continuelles sur leur identité, ne s'adressant à ceux qui l'approchent qu'en ces termes : « L'appelé X..., ou la personne appelée X... » Cet état est entretenu par des illusions de la vue qui lui font prendre, par exemple, certains malades de son quartier pour sa mère ; lui-même doute de son sexe.

Les idées de persécution coexistent chez lui avec la mégalomanie. Mais elles sont peu nettes et n'occupent guère que le second plan. Les hallucinations, assez rares, existent depuis un certain temps, et occupent la plupart des sens et la sensibilité générale.

On lui a ouvert la tête et accroché, à l'intérieur du crâne, une clochette qu'il entend sonner à chaque mouvement. Voici comment il raconte les différents troubles qu'il éprouve :

« Asile d'Armentières, 12 avril 1898.

« *A la personne appelée Keraval,*

« Quand je demeurais avec ma mère, à M..., j'ai entendu des voix, et, ensuite, ayant réfléchi, j'ai été pris de frayeur ; c'est donc en me tenant par la pensée que des gens que je ne connais pas m'ont terrifié ainsi. De ces voix, l'une grave, me disait : « prends autant d'hommes que Napoléon, » l'autre, voix de femme, s'écria : « Au revoir Alphonse ! » J'en conclus que ma famille et moi, sommes enserrés dans un filet à ne pouvoir en sortir, et cela par des gens que je ne connais pas, et qui, malgré toutes les questions que j'ai posées depuis que je suis à l'Asile, n'ont pas eu le courage de se faire connaître.

« Maintenant si, avant de m'appeler Alphonse D... je portais un autre nom, je veux le savoir ; si, comme je l'ai eu dans l'idée, il est possible que l'on donne une forme d'homme à un animal tel que porc ou autre, et que je suis un produit de ce genre, recélant en soi un objet quelconque tel que pierre, diamant ou clochette, je veux qu'on me coupe la tête pour pouvoir prendre l'objet en question, sinon je veux, à tout prix, savoir ce que l'on me veut, en me mettant sous l'influence de ce qu'on appelle des caloriques, moulins et autres mécaniques endiablées, comme celle qui me faisait penser que pour toutes les petites bêtises que j'avais commises, j'allais être roué vif ou brûlé.

« Il faut vous dire que ce n'est que depuis que je suis dans l'asile d'Armentières que je me suis aperçu que j'étais tenu par la pensée et, comme je suis certain que ma pensée a changé de direction depuis moins de cinq ans, je me demande pourquoi, et dans quel but, moi qui avant l'année 1894, ne savais absolument rien concernant ma filiation.

« Maintenant, je voudrais savoir pourquoi, depuis que je suis ici, l'on m'a flanqué dans la tête, des idées que j'étais l'Etre suprême.

« Il faut nécessairement que les gens qui inculquent ces idées-là aux autres soient fous ou canailles.

« Comme je l'ai dit, je suis fatigué de tout cela et je veux à tout prix savoir ce que l'on me veut.

« L'appelé : Alphonse D... »

L'observation suivante se rattache à celle des persécutés persécuteurs mais sans dégénérescence mentale, ou tout au moins elle peut être considérée comme intermédiaire au délire chronique pur et au délire systématisé des dégénérés, M. Wernicke auquel elle est empruntée la regarde comme un exemple d'*idée prévalente sexuelle* aboutissant à la *systématisation*.

Observation XVII. — *Délire des persécutés persécuteurs discret.* (Wernicke in *Grundriss*, etc.)

Demoiselle de quarante ans, professeur de sciences dans une école supérieure de filles, zélée, assidue, un peu surmenée dans sa profession. Elle croit remarquer qu'un de ses collègues, célibataire, avec lequel, durant des années, elle a entretenu commerce d'amitié, nourrit des desseins sur elle. Ainsi, pendant qu'il enseigne, il va souvent à la fenêtre de sa classe pour la voir, car de là il peut la contempler dans sa classe à elle. Pendant ses heures de liberté, il se tient fréquemment sur un palier par où elle doit passer avec ses élèves pour se rendre à sa classe. Il la salue avec une attention particulière, toutes sortes de rencontres accidentelles la confirment dans son idée. Elle en est fort émue; elle passe des heures de jour et de nuit à se demander comment elle doit agir, et ce qu'elle doit faire pour que les élèves et le personnel ne s'en aperçoivent point. Elle se surveille donc, combine toute espèce d'expédients afin d'éviter des rencontres, arrive à ne plus le saluer. Elle croit bientôt remarquer que les élèves s'en sont aperçues, surprend des remarques ayant rapport à cela, et perçoit peut-être quelques voix isolées qui disent : « Comme il paraît chagrin! » Des collègues qui ne la voyaient guère auparavant la visitent à présent plus souvent, et parlent bien fréquemment (c'est surpre-

nant!) du jeune homme; les bonnes amies s'éloignent d'elle et paraissent désapprouver sa relation. Le directeur lui-même s'en mêle : il cause pendant les heures de loisir avec le professeur en question et le retient éloigné d'elle à un tout autre endroit que celui qu'il avait coutume d'occuper jadis. Quelque temps après le professeur quitte l'école et s'en va à l'étranger. Pendant la visite qu'il lui a faite pour prendre congé avant son départ, il s'est montré extrêmement troublé, il a confondu les couleurs, il lui a lancé un long regard qui signifiait qu'il savait très bien ce qui se passait en elle et qu'il répondait à son penchant. Quand il a été parti, elle a été en butte à des pointes d'ironie, à des malices, à des plaintes, à des attentions déplacées : ses rapports avec lui étaient évidemment connus, car toutes les fois qu'il était question du professeur parti, elle sentait des insinuations. Le directeur a dû en avoir fait l'objet d'une allusion pendant une conférence, car elle l'a compris à la mine des assistants un jour qu'elle y est venue. Telle est l'histoire des deux dernières années.

Ne recevant pas de nouvelles directes du fugitif, elle s'est mise à douter qu'il fût un homme d'honneur. Elle a dû reconnaître que sa manière d'être vis-à-vis de lui a pu le détacher; mais elle s'est dit que lui, en homme loyal, eût dû s'expliquer. Pénétrée et outrée du sacrifice qu'elle avait, par son attitude, fait à la discipline de l'école, elle fait au directeur, dont elle n'a pas oublié l'intervention indélicate, une scène violente; on lui impose un congé de six mois, en lui conseillant de s'adresser à une maison de santé. Le directeur de la maison de santé qu'elle fréquente constate alors un délire de grandeur et de persécution et la croit incurable. M. Wernicke la voit, trois ans après le début de sa maladie, dans une famille amie dont elle était l'hôtesse et où elle se rendait utile en instruisant les enfants.

Comme elle ne présente aucune anomalie, il atténue la sentence précédente. Cette demoiselle, bien élevée, affinée, déclare carrément qu'elle avait bien le droit de se conduire comme elle l'a fait vis-à-vis du jeune homme et de l'école. Elle demeure persuadée que le jeune homme a eu le dessein de lui faire une proposition de mariage, et il ne lui a jamais dit un mot qui pût être interprété différemment. S'il ne s'est pas franchement expliqué, c'est à cause des intrigues et des interventions indélicates du directeur et de tout le personnel enseignant; s'il ne s'est pas ouvertement déclaré c'est pour ces motifs-là.

En vain M. Wernicke lui donne-t-il l'assurance que ce sont pures suppositions de sa part, suppositions tenant à une idée préconçue maladive, à une illusion. Elle ne le croit pas, mais se laisse conduire dans une maison de santé, où, d'ailleurs, elle ne reste que quelques semaines. Maintenant deux autres années se sont écoulées et elle exerce sa profession dans une école particulière où elle

plaît par son activité et sa diligence. Elle a cependant complètement rompu avec tous ses parents qu'elle accuse en partie de ce qu'elle ait été frustrée du bonheur de sa vie. Des conceptions délirantes d'explications et des adultérations des souvenirs, sont devenues les pierres angulaires d'un système organisé.

Les réflexions de M. Wernicke ne sont pas moins intéressantes. Il dit que, si au lieu d'une demoiselle bien élevée, prude, pleine d'un tact exquis, on avait eu affaire à une personne tranchante, brutale, elle eût formulé des revendications énergiques, et fût devenue une persécutée persécutrice.

Pour le professeur de Breslau, la pluralité des cas analogues doivent être rapportés à des idées prévalentes, fixes, quelconques. Si le fonds particulier du système demeure caché aux observateurs, c'est à raison des préjugés de ces derniers.

Chez cette demoiselle, il n'y avait pas de terrain psychopathique sur lequel pût fleurir l'idée prévalente. Il faut accuser l'époque critique, le surmenage mental, un mode d'existence peu confortable ; telles ont été les causes de l'idée prédominante sexuelle. Nous terminerons par deux observations dans lesquelles les hallucinations ont joué bientôt un rôle indéniable.

Observation XVIII (Personnelle). — *Idée fixe développée avec des troubles hallucinatoires, servant de base à un délire systématisé chronique.*

D.... Pierre, quarante-six ans, chef d'atelier.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, il faut noter : une fièvre typhoïde à l'âge de quatorze ans. De plus une de ses filles est idiote. L'origine de son délire doit être cherchée dans une idée fixe qui s'est développée de la manière suivante :

Il était bien portant et parfaitement heureux lorsque, son beau-frère étant venu habiter chez lui, il devint soucieux et inquiet. A plusieurs reprises, il remarqua certaines particularités qui éveillèrent son attention et sa jalousie. L'idée germa dans son esprit que sa femme avait des relations incestueuses avec son frère. Ceci se passait en 1892.

Une phrase sans importance prononcée par ce dernier au cours d'une conversation légère, le confirma dans ses soupçons. En réfléchissant et en rappelant à lui ses souvenirs, il se remit en mémoire certains faits qui avaient passé inaperçus et qui lui apparurent à présent comme significatifs. Dès lors, il employa tous les moyens

pour lui faire avouer sa faute. Il exerça une surveillance étroite de tous les instants : le jour, quittant plusieurs fois son travail pour rentrer chez lui à l'improviste, dans le but de les surprendre, la nuit, ne dormant pas, toujours aux aguets.

Cette tension continuelle de l'esprit vers le même objet ne tarda pas à éveiller les hallucinations de l'ouïe qui vinrent transformer en certitude les soupçons de D....

Il déserta le lit conjugal et, à travers la cloison, entendait les soupirs de volupté des deux coupables. Il se précipitait alors pour les surprendre, mais ne trouvait jamais rien d'anormal. Il entendit aussi des voix qui l'insultaient et parlaient de lui, principalement celle de sa femme qui se moquait de lui, l'appelant cocu. Il alla trouver le commissaire de police pour porter plainte et écrivit au procureur de la République. Ne recevant aucune réponse, il accusa sa femme de l'avoir interceptée. On l'interna en 1893.

Actuellement : Son idée fixe avec ses caractères érotique et jaloux se retrouve dans son délire, mais les idées de persécution dominent la scène. Sa femme le harcèle et le poursuit sans lui laisser aucun repos. Elle s'est attiré la complicité de l'ingénieur en chef de l'atelier pour le maintenir enfermé et se débarrasser de lui.

Son délire, on le voit, s'est étendu en même temps que les troubles sensoriels ont envahi les autres organes des sens et la sensibilité générale. Sa femme et ses complices actionnent une machine électrique qui marche continuellement et de plus en plus fort, paralysant ses organes et ses sens, le brûlant, le congestionnant, provoquant la toux, le rire, des démangeaisons, etc. On lui fait respirer de mauvaises odeurs, on lui donne des érections. Cette machine, qui fonctionne depuis avril 1894, communique avec lui par des fils invisibles. Il en fait la description dans des schémas qu'il distribue aux médecins de l'établissement pour leur expliquer ses souffrances. Il raconte tout ce qu'il endure, dans de nombreuses lettres, où il se plaint amèrement des tortures qu'on lui fait subir :

« D..., Pierre, ancien élève du collège de Saint-Malo,
ancien élève de l'école nationale d'Arts
et Métiers d'Angers,
sous-chef d'atelier au matériel roulant
du chemin de fer du Nord,

« *A Monsieur le Procureur de la République.*

« J'ai l'honneur de vous informer qu'Elvire P..., ma femme, est coupable d'excitation de mineurs à la débauche (adultère avec des petits garçons). Elle a des complices.

« J'aurais honte de vous mentir. Ce n'est point une exagération, mes souffrances sont intolérables.

« La machine fait craquer mes os, brûler ma chair, se tordre et se briser mes muscles et mes nerfs.

« Je suis assassiné, martyrisé, le jour par Elvire P..., la nuit par ses complices. Elvire P..., qui fait des bâtards dans l'asile (pour ses couches, elle s'alite), habite avec un interne dans le bâtiment d'administration. Les dimanches et fêtes, je suis assassiné par celui avec qui elle loge. Elle m'a déshonoré, elle a détruit la dignité du foyer domestique, l'amour conjugal, l'amour filial et l'amour maternel.

« Je suis né sur l'Ida, dans la neige éternelle,
« Son âpre souffle, en mes larges poumons
« A versé l'air salubre et la sève des monts,
« La liberté, l'horreur de l'infidèle,
« Et pour l'immense azur, l'amour de l'hirondelle.

« Il est inadmissible que je reste dans la situation qui m'est faite. Il y a plus de deux ans que je n'ai dormi, il y a quarante-six mois que je n'ai mangé. Il y a vingt et un mois que je vis avec des gens qui n'ont plus rien de naturel, vingt et un mois que je suis en butte à une persécution de la part des gens que je connais, sans compter ceux que je ne connais pas. Aussi, mon existence est devenue intolérable.

« Jamais je n'ai si bien compris la fausse position dans laquelle se trouve un malheureux cerf assailli par une meute : c'est après *moi* qu'on sonne l'hallali !

« Mon royaume n'est pas de ce monde.

« J'ai pour l'immense azur l'amour de l'hirondelle.

« Je suis saoul d'électricité, saoul d'entendre parler, saoul de voir des singeries. Je suis devenu sourd de l'oreille droite. J'ai la jambe gauche pleine de varices !

« Attention que la bande de crapules qui me torturent ne se torchent pas avec mes lettres.

« Pierre D... — Coucou. »

C'est bien un délire de persécution avec son cortège d'hallucinations multiples qui a succédé à l'idée fixe première. La période de transformation de la personnalité n'est encore qu'ébauchée, et ne se traduit que par quelques idées d'orgueil, perdues au milieu des idées de persécution.

Observation XIX (Personnelle). — *Idée fixe par interprétations délirantes. Hallucinations consécutives. Délire chronique.*

M.... Georges, quarante ans, comptable.

A noter pour tout antécédent : une fièvre typhoïde à l'âge de huit ans.

Le malade a puisé dans des chagrins domestiques peut-être, d'ailleurs également imaginaires, l'origine de ses malaises. S'étant aperçu en 1894, que sa femme entretenait des relations intimes avec le frère de son patron, il quitta la maison où il travaillait à la suite d'une scène de violence provoquée par ses soupçons. Puis, comme il ne pouvait, à la suite de ce qui s'était passé, vivre en bonne harmonie avec sa femme, il l'autorisa à se retirer dans sa famille jusqu'après ses couches, ignorant qu'il existait aussi des relations entre elle et son oncle.

Il la revit quatre mois plus tard sur son lit de mort à la suite de ses couches. Une pièce que sa femme croyait avoir près d'elle, et qu'elle voulait lui remettre, avait disparu. Ce pouvait être un testament annulant celui de son oncle deux ou trois jours auparavant, alors qu'il était encore à Paris. Le soir, elle mourait ayant auprès d'elle sa famille qui s'était emparée de tout ce qui se trouvait chez lui, argent, papiers, clefs.

Ne pouvant, dans la situation où il se trouvait, conserver son enfant près de lui, il se décida, malgré les inquiétudes qui l'assaillaient déjà, à le confier à une garde. Le lendemain du jour où il l'avait apporté, il s'aperçut qu'on avait changé l'enfant (?). Ce fut pour lui un trait de lumière; tout s'expliquait, les manœuvres de la famille de sa femme et la substitution de l'enfant : le but était de s'emparer d'une somme de 100.000 francs provenant du gain d'obligations (?) qui se trouvaient dans ce que sa femme lui avait apporté en mariage (?).

Voilà donc un homme d'abord simplement défiant et ombrageux, arrivant par une série d'interprétations délirantes à l'*idée fixe* qu'on lui a changé son enfant dans le but de s'emparer de sa fortune.

Il commence dès lors à agir dans le sens de son idée et à commettre des actes marqués au sceau de la folie et qui vont rapidement amener son internement. Il demande une enquête au Procureur de la République, enquête qui, naturellement, ne donne aucun résultat. Pour vivre, il se met à travailler à droite et à gauche, mais déjà on le tracassait, on l'empêchait de gagner sa vie.

Les hallucinations de l'ouïe apparurent rapidement; on répondait à sa pensée, on l'injuriait, on indisposait tout le monde contre lui.

On l'interna en 1895.

Dans des rapports soigneusements rédigés et adressés à la Justice, il expose ses griefs et réclame justice.

On a indignement abusé de sa confiance; on a fait ses affaires en son lieu et place sans qu'il lui soit seulement possible d'en avoir connaissance. Son avoué lui a extorqué sa signature et son pouvoir et c'est muni de ce pouvoir qu'il a accaparé toutes ses affaires.

Son *état actuel* est celui du délire de persécution à son complet développement.

Il se joue autour de lui une comédie qui n'est qu'un odieux chantage. Tous ceux qui l'entourent sont payés par la famille de sa femme pour le faire disparaître, dans la crainte qu'il ne réclame contre eux.

Ses persécuteurs ne lui épargnent aucune souffrance ; on « le fait mourir à petit feu ».

Les hallucinations de l'ouïe ont augmenté de fréquence et le trouble a gagné les autres sens et aussi la sensibilité générale.

Il est continuellement sous l'influence de l'hypnotisme, et c'est de cette façon qu'on est arrivé à se rendre maître de lui ; on lui fait prendre du mercure, de la créosote, de l'arsenic, un tas de drogues et de poisons dans les aliments. La nuit, il ne peut dormir; on le viole, on le peigne, on lui provoque des fistules et des hernies.

Le délire ambitieux occupe le second plan et est encore bien effacé; il se borne à l'idée qu'on l'a voulu déposséder d'une somme de 100.000 francs, patrimoine de sa femme, du moins le suppose-t-il, car il ne fournit pas plus de preuves de cela que de la trahison de sa femme et de la substitution d'enfant dont il parle; ses arguments sont faibles.

5° *Idée fixe dans l'hystérie.* — L'idée fixe dans l'hystérie se confond avec l'étude des idées conscientes et subconscientes circonscrites. C'est ce qu'a développé magistralement P. Janet[1] dans ses recherches expérimentales, relatives « non pas uniquement à des idées obsédantes d'ordre intellectuel, mais à des états émotifs persistants, à des états de la personnalité qui restent *immuables*, en un mot à des états psychologiques, qui, une fois constitués, *persistent indéfiniment* et ne se modifient plus suffisamment pour s'adapter aux conditions variables du milieu environnant ». Tel est ce que M. Janet appelle l'idée fixe dans un sens fort large. C'est également ce qu'on trouvera dans les travaux de G. Ballet[2] et Souques[3].

L'idée fixe s'y traduit le plus souvent par un symptôme physique dont la nature est en rapport avec son objet.

Elle peut donner naissance, en passant de l'idée fixe primitive consciente à l'état d'idée fixe subconsciente, à des symp-

[1] *Névroses et idées fixes*, t. I, Paris, 1898.

[2] *Abasies par obsessions et idées fixes.* (*Semaine médicale*, janvier 1898.)

[3] *Archives de Neurologie*, 1895.

tômes en apparence différents, tels que sommeil, somnambulisme, insomnie, mais au fond des plus connexes. Le sommeil sous forme de crise est une rêverie absorbante qui supprime la perception des autres phénomènes et se rapproche beaucoup des somnambulismes; on constate entre eux toutes les transitions et on peut voir le même sujet passer de l'un à l'autre. L'insomnie n'est qu'un phénomène secondaire, la conclusion d'un rêve terrifiant qui, par les émotions et les mouvements qu'il détermine, amène le réveil. Le fait essentiel est le rêve et son développement exagéré. D'ailleurs en certains cas les trois phénomènes se présentent chez le même sujet à propos de la même idée fixe (P. Janet).

Peut-être ces recherches éclaireront-elles un jour les phénomènes complexes de l'aliénation mentale proprement dite. C'est encore un terrain à part.

RECUEIL DE FAITS

ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DE L'HUMÉRUS GAUCHE DANS UN CAS D'HÉMIPLÉGIE CÉRÉBRALE INFANTILE;

Par M. Raymond BERNARD,
Médecin-major de 2e classe, répétiteur à l'École du service de santé militaire.

Chen... (Baptiste-Lucien) soldat de 2e classe au 97e régiment d'infanterie entre à l'hôpital Desgenettes le 15 mars 1898, pour une atrophie du bras gauche. Il est envoyé de Montmélian pour être soumis à une observation complète et présenté, s'il y a lieu, à la commission de réforme. La difformité date de l'enfance, elle est très apparente ; mais la musculature du sujet étant vigoureuse, la gêne fonctionnelle n'est pas très considérable.

Antécédents. — Chen... est né à Artos (Isère) le 3 décembre 1876, dans une famille robuste. D'après lui, son *père* est rhumatisant sa grand'mère paternelle était rhumatisante, son grand-père paternel est mort jeune par accident. Sa *mère* est très nerveuse, elle a eu des attaques de nerfs, elle a une sorte de paralysie du bras gauche accompagnée de troubles de la sensibilité : ce bras

est faible et la main est maladroite, elle tient mal les objets et les laisse échapper facilement. Il n'a pas de renseignements sur ses grands-parents du côté maternel. — Il a eu deux *frères* : l'un plus âgé que lui est mort à six mois dans des convulsions, l'autre plus jeune est bien constitué, — on ne lui connaît d'autre infirmité qu'une hernie apparue peu après sa naissance. — Une *sœur* qui est vivante et bien portante.

Lui-même était bien conformé quand il est né. Sa mère avait eu une frayeur pendant sa grossesse, mais il était arrivé à terme, et ses deux bras sont restés égaux jusqu'à l'âge de dix-huit mois.

A cette époque, il a eu une maladie grave, des convulsions [1] qui ont laissé après elles une paralysie incomplète du côté gauche.

Chen... nous a montré une photographie où il se trouve représenté à douze ans avec ses camarades de classe : il est au moins aussi développé qu'eux, mais sa figure est déjà un peu asymétrique, la fente palpébrale gauche est un peu plus ouverte, et la commissure labiale tombe un peu de ce côté.

En 1896, Chen. . a souffert d'une « fluxion de poitrine ». Des convulsions se sont produites à cette occasion et la convalescence a été longue, pénible, surtout à cause de maux de tête très persistants : ces maux de tête sont fréquents chez Chen..., ils s'ajoutent à toutes ses indispositions, à toutes ses fatigues il suffirait même de quelques mouvements brusques (*sauts* par exemple) pour les rappeler : c'est le côté droit de la tête qui est le plus endolori.

Le 1er janvier 1898, Chen... étant en permission a été pris de

[1] La mère de Chen... a bien voulu répondre par les renseignements suivants aux questions qui lui ont été adressées pour préciser ce point des antécédents de son fils. Au septième mois de sa grossesse, elle a été serrée par un bœuf contre un mur et elle a eu grand'peur : elle a souffert beaucoup du reste et a fait appeler le médecin par peur d'un avortement. Cependant l'accouchement s'est fait à terme et sans aucune complication, quoique un peu long. Depuis l'accident elle est restée souffrante. L'enfant était bien conformé à la naissance, on n'a constaté aucune anomalie, aucune douleur, dans le membre supérieur gauche jusqu'à la maladie convulsive indiquée par Chen... Ces convulsions raidissaient tous le corps de l'enfant, surtout le côté gauche, et dans le côté gauche surtout le bras. Pendant la convalescence il y avait de la raideur de ce côté. On a remarqué tout de suite qu'il était plus faible que l'autre. L'enfant « grognait lorsqu'on voulait lui faire ployer le bras pour l'habiller et lorsqu'on serrait un peu le côté gauche ». Deux mois après (à vingt mois) on s'apercevait déjà que le bras gauche était plus court que le droit. Ce membre est resté raide plus longtemps que les autres membres, et moins actif dans ses mouvements. La jambe était tordue jusqu'à l'âge de cinq ans, elle ne marchait pas, elle s'accrochait à l'autre, « depuis l'âge de cinq ans elle est toujours allée en se redressant insensiblement. » — Il n'y a ni syphilis ni alcoolisme chez les ascendants.

fièvre avec céphalalgie violente, courbature, anorexie, diarrhée, épistaxis. Le médecin appelé parla de fièvre muqueuse ; mais il délivra plus tard au malade un certificat constatant une méningite et établissant une relation entre les phénomènes cérébraux actuels et l'impotence du bras gauche (?) Chen... rentre mal remis à Montmélian, se rétablit tout à fait à l'hôpital et arrive à Lyon en bonne santé.

Etat actuel. — C'est un garçon vigoureux et bien conformé pour sa taille (1 m. 64) ni amaigri, ni anémié : son teint est frais, ses joues sont un peu creuses par suite plutôt d'une conformation naturelle que d'une nutrition insuffisante. Toutes les fonctions physiologiques s'exercent normalement et Chen... ne se dit pas malade, mais seulement gêné par l'infirmité de son bras gauche.

L'inégalité des deux bras est manifeste (voir les photographies), le déficit du côté gauche est de 55 millimètres d'après les mensurations faites à diverses reprises.

	COTÉ DROIT	COTÉ GAUCHE
1° De l'extrémité acromiale à l'apophyse styloïde du radius	0m,555	0m,510
2° De l'extrémité acromiale au sommet de l'épicondyle	0m,310	0m,265
De l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius	0m,275	0m,270
3° Longueur des clavicules	0m,150	0m,150
4° De l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure	0m,165	0m,150
De l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure	0m,155	0m,150

La mensuration du thorax au cyrtomètre indique une légère différence au profit de l'hémithorax droit.

Ces chiffres montrent que l'asymétrie est localisée presque exclusivement sur le segment huméral du membre supérieur droit.

	BRAS DROIT	BRAS GAUCHE
Au niveau du V	0m,270	0m,270
Au milieu du biceps	0m,305	0m,295

Les différences de volume ne sont pas appréciables à première vue comme les différences de longueur ; on est frappé au contraire

par l'intégrité des masses musculaires et par l'apparence tout à fait normale de leur disposition anatomique. Les circonférences des deux bras sont du reste à peu près égales.



Fig. 1.

Ces différences ne deviennent sensibles que si l'on étudie en détail les divers muscles et si l'on analyse leurs mouvements.

Musculature. — Les muscles du cou paraissent normaux. Les sterno-mastoïdiens sont égaux ; le *trapèze* gauche est plus volumineux, son bord supérieur est plus dur et plus épais. Le *grand pectoral* au contraire est plus épais et plus résistant à droite ; il en est de même du grand dorsal — jugé par le volume de son bord antérieur — et du rhomboïde : il n'est pas possible d'apprécier le volume de l'angulaire. Les digitations du *grand dentelé* sont visibles des deux côtés ; mais elles sont plus grêles et plus molles du côté gauche.

Deltoïde. Pris à pleines mains ce muscle ne paraît pas différent à gauche de ce qu'il est à droite : cependant la masse des faisceaux musculaires est moins épaisse à gauche, la dépression sous-acromiale est moins couverte, plus accessible et cependant la silhouette du moignon de l'épaule dessine la même courbe : les deux profils sont superposables. C'est que les couches superficielles sont un peu plus flasques et plus épaisses aussi à gauche. Il est plus facile de plisser la peau de ce côté et le pli est plus gros. Les fosses sus et sous-épineuses sont plus apparentes à gauche, les muscles correspondants sont moins volumineux et moins résistants.

Biceps. La longue portion est plus grêle et plus molle à gauche. La courte portion au contraire et le coraco-brachial ont plus d'épaisseur et de fermeté : sur ce point, l'asymétrie des deux bras est plus marquée. Le triceps brachial gauche est plus mince et moins résistant que le droit. A l'avant-bras, les différences d'un côté à l'autre ne sont pas appréciables.



Fig. 2.

Toutes ces petites inégalités se totalisent en une différence d'aspect plus facile à constater qu'à expliquer par des mensurations précises. Les formes dans leur ensemble sont plus nettement masculines à droite, à gauche elles tendent au féminisme.

Motilité. — Ces défectuosités de la musculature ont pour conséquence un affaiblissement relatif dont le malade a le sentiment très net et dont l'exploration au dynamomètre donne la mesure approximative :

Pression de la main droite.	47 kg.
— — gauche.	36 —
Pression du jarret droit.	20 —
— — gauche.	14 —

Cet affaiblissement se retrouve dans l'analyse des mouvements du membre supérieur.

L'*élévation des épaules* (haussement) est symétrique. Quand le rejet des épaules en arrière, avec effort pour joindre les coudes, fait saillir les muscles de la région interscapulaire, le relief du rhomboïde est bien plus marqué à droite. La *projection des bras en avant* avec effort pour repousser (mouvement typique pour la paralysie du grand dentelé), se fait sans anomalie appréciable en arrière ; mais ce mouvement d'extension en avant,

surtout quand la position est maintenue longtemps, met en évidence l'inégal développement des muscles de l'épaule. Le deltoïde a des faisceaux plus courts du côté gauche, et de ce côté le faisceau antérieur est plus fort tandis que les faisceaux



Fig. 3.

moyen et postérieur sont plus grêles. Le triceps brachial est vigoureusement contracté à droite, il l'est faiblement à gauche, de ce côté aussi la brièveté de la masse musculaire est évidente ; au contraire la longueur de la portion tendineuse du muscle est égale à droite et à gauche. Dans ce mouvement on constate encore que les muscles de l'avant-bras font un relief plus accusé à droite. Chen... a beaucoup de peine à maintenir son membre supérieur gauche dans cette position, il le laisse retomber peu à

peu malgré ses efforts, et un tremblement léger apparait. En même temps l'aisselle gauche se baigne de sueur tandis que l'aisselle droite est à peine moite. — *L'élévation du bras* en abduction reste incomplète à gauche, il en est de même de l'élé-

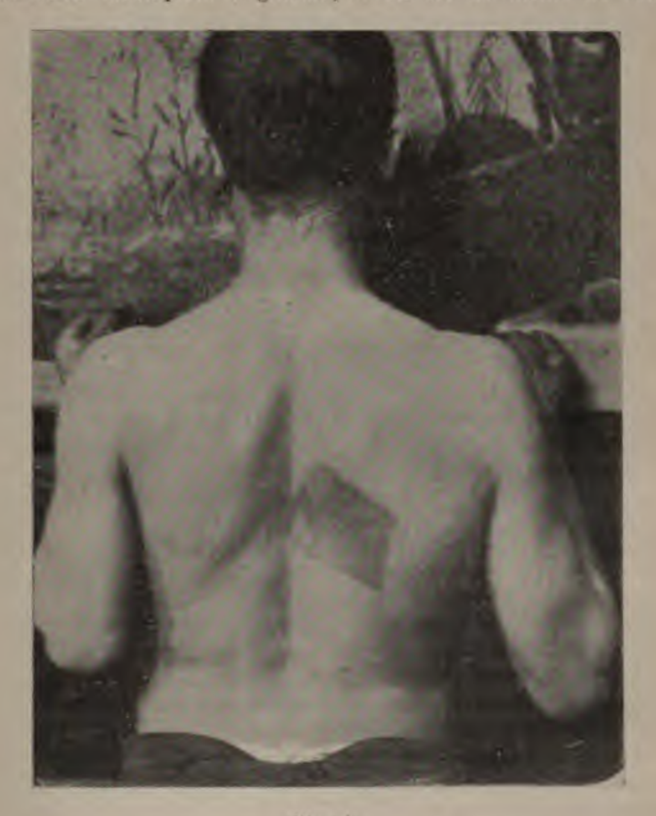


Fig. 4.

vation du bras au-dessus de la tête, malgré une forte contraction compensatrice du trapèze et un mouvement de bascule de l'omoplate. — Le mouvement de moulinet est complet à droite; à gauche malgré une forte inclinaison du tronc vers le côté opposé, le cône décrit par le bras reste orienté en avant, en dehors et un peu en bas. — La *flexion de l'avant-bras* sur le bras accentue l'asymétrie des biceps. A gauche le ventre de ce muscle paraît déjeté en dedans comme si, la longue portion étant inerte, tout l'effort por-

tait sur la courte portion et le coraco-brachial : le tendon bicipital et son expansion sont plus forts à droite. La corde du long supinateur est mieux tendue à droite. — La pronation et la supination s'effectuent avec une égale facilité des deux côtés, mais on l'arrête plus facilement à gauche. Il en est de même pour la flexion et l'extension des poignets.

Les mouvements du tronc, du bassin, des membres inférieurs ne diffèrent pas d'un côté à l'autre. — La marche se fait sans aucune irrégularité.

L'asymétrie reparaît dans le détail des *mouvements de la face*. La fente palpébrale gauche paraît un peu plus longue et un peu plus fermée, la pupille gauche au contraire est plus dilatée. Chen... ne ferme pas facilement les yeux isolés mais il a moins de difficulté à fermer le gauche. Ses élévateurs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure sont plus faibles que leurs congénères de droite : cela se voit surtout dans le sourire et l'expression du mépris. La langue n'est pas déviée au repos, ses mouvements sont normaux. La luette est un peu déviée à droite.

Les mouvements *réflexes* peuvent être considérés comme normaux des deux côtés, bien qu'ils semblent relativement affaiblis à gauche : l'examen a porté sur les réflexes plantaire, abdominal, crémastérien, rotulien, calcanéen, olécrânien.

Mouvements involontaires. — Il n'y a jamais eu chez Chen... de mouvements athétosiques ou choréiques, mais il lui arrive souvent quand il est immobile, de sentir de petits mouvements involontaires dans l'épaule gauche et dans le bras, jamais ailleurs. Il s'agit de contractions fasciculaires qu'il est facile d'apercevoir quand on fait rester le malade au repos. Chen... dit encore qu'il éprouve parfois un léger tremblement dans le côté gauche, mais quelquefois aussi à droite.

La *sensibilité* est normale dans tous ses modes. L'acuité visuelle et auditive est normale et égale des deux côtés : il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel.

Les *troubles trophiques* sont peu nombreux. L'humérus gauche si raccourci est plus mince que l'humérus droit au moins dans la partie diaphysaire. Cela est sensible à la simple palpation, et la radioscopie montre bien qu'il ne s'agit pas d'une apparence. Les extrémités de l'os au contraire sont normales; la tête de l'humérus a le même volume des deux côtés. De plus il y a à gauche une *lésion articulaire* : dans les mouvements passifs de l'épaule on constate déjà une résistance qui doit intervenir aussi pour une part dans la limitation des mouvements actifs, quand ces mouvements quels qu'ils soient sont un peu forcés. Chen... se plaint d'un tiraillement douloureux dans la jointure; c'est une douleur qu'il a toujours éprouvée depuis son enfance, il la ressent mieux depuis que, par son incorporation, il est obligé à des exercices actifs. Cette

ankylose incomplète de l'épaule est très apparente sur les radiographies.

La gracilité de certains groupes de muscles a été signalée déjà. Il s'agit plutôt d'un développement incomplet que d'une atrophie car les *réactions électriques* sont les mêmes à gauche et à droite pour l'excitation faradique : l'excitabilité galvanique des muscles n'a pas été étudiée.

L'arrêt de développement porte aussi sur le système vasculaire, l'*artère radiale* est plus fine à gauche, le pouls plus faible. Les réactions vaso-motrices sont plus faciles de ce côté : le frottement de la peau fait apparaître une raie rouge persistante ; l'aisselle est constamment baignée de *sueur* à gauche, même au repos, tandis que l'aisselle droite reste sèche. Il n'y a pas de différence de *température* entre les deux côtés.

Chen... porte peu de stigmates de dégénérescence. Les oreilles, le crâne, la bouche (dents, palais) sont bien conformés, les mains aussi, il n'a pas d'oligodactylie cubitale, mais l'axe des deux derniers doigts décrit une légère concavité qui s'oppose à une concavité des deux premiers. Cette faible anomalie est un peu plus apparente à la main droite.

Les testicules sont bien conformés. Le testicule gauche est plus petit, moins déclive ; il remonte souvent vers l'anneau inguinal. Le prépuce n'est pas long, le méat est largement ouvert par un *hypospadias* qui s'arrête au niveau du sillon balano-prépucial. Le système pileux est bien développé, il n'y a rien d'anormal sur la peau : quelques *nævi* pigmentaires très clairsemés. Le fonctionnement des appareils digestifs, circulatoire, urinaire, etc... est tout à fait régulier.

Chen... sait lire et écrire, sa mémoire est assez fidèle ; mais son esprit n'est *pas très vif* et il n'a pas beaucoup de goût pour le travail intellectuel. La lecture, dit-il, le fatigue, elle aggrave des vertiges et des défaillances auxquels il est sujet, et augmente un mal de tête qui se cantonne avec ténacité dans la région pariétale droite et qui résiste à des doses répétées d'antipyrine. Chen... s'est plaint souvent de cette céphalée.

Chen... a été réformé le 28 mai 1898.

Il s'agit en résumé d'un homme qui, des suites d'une affection nerveuse aiguë de l'enfance, a gardé une amyotrophie hémilatérale gauche diffuse, à peine appréciable. Son humérus gauche, au contraire, a subi un arrêt manifeste dans son développement.

Ainsi présenté, le fait trouve une explication facile. Cependant le diagnostic a présenté quelques difficultés. Chen... a été présenté à la Société de médecine de Lyon, devant la-

quelle, faute des renseignements précis fournis depuis par la mère, il a fallu discuter certaines hypothèses.

Chen... affirmait, d'une manière très catégorique, que son infirmité lui venait d'une maladie et non d'un accident ; il n'y avait donc pas à s'arrêter à l'idée d'une fracture ou d'un décollement épiphysaire. Ce dernier traumatisme entraîne pourtant assez souvent une difformité toute pareille à celle de Chen... On en peut voir des exemples décrits et figurés dans un travail récent de P.-S. de Magalheies [1] et dans les mémoires plus anciens de Vogt [2], Bruns [3], Jetter [4], etc... L'hypothèse de troubles trophiques consécutifs à une lésion articulaire était plausible, puisque l'examen direct de l'épaule et la radiographie s'accordaient à prouver l'existence d'une ankylose depuis longtemps douloureuse. La diffusion des troubles constatés et surtout l'histoire de la phase aiguë et infantile de l'affection ne vont pas avec une arthrite primitive. Pour les mêmes raisons, on ne pouvait admettre une malformation congénitale méconnue par les parents pendant les premiers mois de l'existence de l'enfant [5]. C'est certainement une affection du système nerveux qu'il fallait rechercher à l'origine de cette infirmité.

Une névrite peut arrêter le développement des régions innervées par le nerf malade [6]. A cet âge, en l'absence des facteurs étiologiques habituels, avec cette diffusion hémilatérale des altérations, c'est une hypothèse peu acceptable.

Les deux maladies susceptibles d'expliquer le fait actuel sont : la paralysie infantile et l'hémiplégie cérébrale infan-

[1] P.-S. de Magalheies. *Un cas de raccourcissement considérable du bras du côté gauche dû à un arrêt de croissance de l'humérus correspondant* (*Revue de chirurgie*, 1898, p. 442).

[2] P. Vogt. *Die traumatische Epiphysentrennung und deren Einfluss auf das Längenwachsthum der Röhrenknochen* (*Arch. de Langenbeck*, 1878, Bd. XXII, p. 343).

[3] P. Bruns. *Ueber traumatische Epiphysentrennung* (*Arch. de Langenbeck*, 1882, Bd. XXVII, p. 240).

[4] G. Jetter, cité par de Magalheies.

[5] Il y aurait même des atrophies professionnelles de l'humérus ! — Duparcque. *Mém. sur l'inégalité professionnelle de longueur des membres supérieurs considérée comme cause d'erreurs diagnostiques et pronostiques* (*Gaz. hebd.*, 23 janvier 1863, p. 55).

[6] L. Jacquet et Napieralski. *Névrite prolongée du membre inférieur droit avec arrêt de développement et hyperostose calcanéenne* (*Soc. méd. hôp.*, 20 mai 1898, p. 440).

tile. C'est à la paralysie infantile que l'on pense d'abord : les déformations qu'elle produit sont communes, le squelette est ordinairement atteint, quelquefois même il est atteint presque seul, l'intégrité des muscles étant relativement respectée. La participation de la face dans les altérations n'était pas un argument important contre elle, puisque les muscles innervés par le facial sont intéressés quelquefois dans la poliomyélite antérieure aiguë des enfants[1]. Mais l'état actuel des muscles, moins atrophiés qu'arrêtés dans leur accroissement, la conservation des réflexes, la répartition rigoureusement unilatérale des lésions, devaient inspirer des doutes, et d'autres considérations amenaient à conclure en faveur d'une sclérose cérébrale. L'intelligence de Chen... peut être considérée comme moyenne, suffisante ; cependant ses conceptions sont un peu lentes, son attention se fixe avec peine, il n'a aucune curiosité ; en un mot il ne pense pas beaucoup. On peut encore invoquer en faveur d'une lésion superficielle du cerveau la céphalalgie presque constante dont le malade se plaint, les petits mouvements involontaires qu'on remarque parfois dans les muscles de l'épaule gauche. L'absence de phénomènes spasmodiques a embarrassé un moment, mais les renseignements donnés par la mère ont appris qu'ils avaient existé pendant toute l'enfance de Chen,.. Le diagnostic de sclérose cérébrale semble bien légitime.

Au reste, l'observation actuelle n'est pas absolument isolée. M. Féré[2] a décrit chez les hémiplégiques infantiles des arrêts de développement des os tout à fait identiques à celui-ci. Dans les faits étudiés par lui, le trouble trophique est plus marqué aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs : mais il n'est pas aussi étroitement localisé que chez Chen... à un segment du squelette. M. Féré a résumé dans un tableau les chiffres recueillis dans ses mensurations. Chez les sujets normaux, le rapport entre les longueurs du bras et de l'avant-bras est de 72,3 à 100 en moyenne. Chez les hémiplégiques infantiles, l'écart minimum a été de 91,66 à 100.

[1] Béclère. *Un cas de paralysie spinale infantile avec participation du nerf facial* (Soc. méd. hôp., 25 mars 1898, p. 269).

[2] Ch. Féré. *Note sur l'arrêt de développement des membres dans l'hémiplégie cérébrale infantile et sur ses analogies avec des malformations réputées congénitales* (Rev. de méd., 1896, p. 115) : — Du même. *Les proportions relatives des os du bras chez les hémiplégiques infantiles et les dégénérés* (Soc. de biol., 1897, p. 9).

Dans le cas actuel, le rapport serait de 101,87 à 100. On voit que l'écart est considérablement réduit, puisque la proportion est renversée : l'avant-bras est plus long que le bras. L'anomalie est donc très marquée. Mais ce qu'il y a de très particulier chez Chen..., c'est que le rapport en question est éloigné des limites habituelles, même du côté sain. A droite, en effet, le rapport entre les longueurs respectives du bras et de l'avant-bras est de 100 à 88,7 ; c'est le rapport indiqué comme normal pour le fœtus par M. Féré (d'après Hamy). Faut-il croire que Chen... était déjà un dégénéré avant d'être un hémiplégique infantile ? Il semble plus logique de supposer que la lésion cérébrale a retenti sur l'autre côté en frappant le côté hémiplégié, et que seule elle est responsable de cette double anomalie dans l'évolution des membres supérieurs. Ne voit-on pas chez les hémiplégiques adultes la force musculaire amoindrie même dans les membres indemnes ?

Il y a certainement une part à faire au cerveau dans les arrêts du développement de ce genre ; et il ne serait pas sans intérêt de rapprocher de pareils faits les lésions cérébrales observées dans certaines monstruosités[1] ; mais une simple observation clinique sans examen anatomique ne comporte pas une pareille discussion.

ÉPILEPSIE : DEUX TRÉPANATIONS. PERSISTANCE DES ACCÈS ;

Par M. JOURDAN,
Interne à l'asile Saint-Pierre (Marseille).

Ducul..., vingt-trois ans, verrier, est entré le 22 septembre 1897 à l'Asile public d'aliénés de Saint-Pierre.

Antécédents héréditaires. — Père mort à cinquante ans, mère à quarante-cinq ans. Trois frères et une sœur morts très jeunes. Tuberculose du côté maternel. Pas d'épilepsie dans sa famille.

[1] Troisier. *Note sur l'état de la moelle épinière dans un cas d'hémimélie unithoracique* (*Arch. de physiol.*, IV, p. 72, 1871). — F. Dreyfous. *Arrêt de développement des membres supérieurs. Ectrodactylie. Altération des méninges localisée à la région des centres moteurs* (*Progr. méd.*, 1878, p. 483). — L. Edinger. *Rückenmark und Gehirn in einem Falle von angebornem Mangel eines Vorderarms* (*Arch. f. pathol. anat.*, LXXXIX, p. 46, 1882).

Antécédents personnels. — Variole à l'âge de cinq ans. A sept ans et demi, premier accès. Un peu auparavant, il avait été très effrayé par les gendarmes qui le poursuivaient parce qu'il prenait du bois à la gare.

Au début, ces accès étaient peu nombreux, cinq à six par an. Ils passaient inaperçus tant leur durée était courte (quelques secondes). Il en a eu à l'école sans que l'instituteur s'en aperçoive, car il ne tombait pas, restait assis sur son banc. A dix-sept ans, il entre dans une verrerie. A partir de ce moment, les crises deviennent de plus en plus fortes et de plus en plus nombreuses, (trois ou quatre par jour). Il les sent venir : son caractère se modifie, il est plein de mauvaises idées, dit-il, et surtout de l'idée du suicide, il s'énerve ; il a des tremblements de tout le corps ; c'est dans cet état qu'arrive l'accès. Lorsque celui-ci est terminé, tout rentre dans l'ordre, D... redevient calme, il n'a plus de mauvaises idées. Il vit ainsi jusqu'à l'âge de vingt ans. A cette époque, il se jette après un accès, par la fenêtre, s'écrase le nez, se fait des contusions multiples ce qui l'oblige à entrer à l'hôpital de la Conception. Pendant son séjour dans cet hôpital, il a de nouvelles crises.

M. le Dr Poucel lui fait une *trépanation* de la partie supérieure de l'occipital gauche (avril 1896). Après l'opération, l'état du malade semble amélioré, il ne voit plus reparaître les accès et se croit complètement guéri. Six mois après l'opération, il est opéré de nouveau du même côté (il est impossible de savoir quels ont été les motifs de cette seconde opération ; novembre 1896). Quelques jours après, les accès reviennent, mais avec moins d'intensité. Il ne les sent plus venir, c'est-à-dire qu'il n'a plus, auparavant, d'idées mauvaises (tentatives de suicide, d'homicide), ni d'énervement. Il sort de la Conception sept mois après. Rentré chez lui, les accès deviennent de plus en plus forts, s'accompagnent d'excitation, ce qui l'engage à rentrer à la Conception où il reste quinze jours et est amené ensuite à l'Asile (22 septembre 1897). De ce moment au 14 mars 1899, époque à laquelle il entre à l'infirmerie où il est soumis au traitement par le *trional*, il a des accès nombreux avec agitation, environ 80 à 100 en un an.

Entré à l'infirmerie le 14 mars 1899, ce même jour à 11 heures il a une crise qui n'a pas duré cinq minutes ; à 1 h. 1/4 une autre de dix minutes ; à 3 h. 1/2 une troisième. Pendant la nuit du 14 au 15, trois accès à 11 heures, 2 heures et 5 heures.

15 *mars*. — Deux accès, l'un à 10 heures, l'autre à midi ; il a senti venir le dernier, l'infirmier lui a donné immédiatement un paquet de trional de 0,50, l'accès n'a duré que deux minutes. La nuit a été tranquille. Depuis ce jour, les crises se sont succédé à des intervalles plus ou moins réguliers, mais un fait à noter, c'est qu'il n'y a plus d'agitation.

Etat actuel. — Ce malade est plongé dans une prostration légère. il parle peu, la face présente des cicatrices de la variole, le nez est écrasé. Au niveau de l'occipital gauche se trouve une *dépression* de 8 à 10 centimètres de long sur 2 à 3 centimètres de hauteur. A ce niveau, on perçoit les battements artériels; le cerveau est en contact avec les téguments. Depuis quelques jours, ses crises s'accompagnent de *délire mystique;* il fait le mort, croit qu'il a été crucifié et que des anges l'emportent vers Dieu.

Cette observation ne saurait être concluante sur les résultats obtenus par le traitement de l'épilepsie par le trional. La quantité donnée de ce médicament a été insuffisante et irrégulièrement administrée. Peut-être pourrait-on attribuer au trional la disparition de l'excitation qui accompagnait les accès et qui n'a plus reparu depuis l'administration de ce médicament.

Poursuivant notre enquête sur l'action thérapeutique de la *trépanation* dans les maladies nerveuses, nous demandons à nos collègues des asiles de bien vouloir nous communiquer les cas de trépanation qu'ils ont dans leurs services et, dans les visites des asiles que nous faisons de temps en temps, nous demandons à voir les *trépanés.* C'est ainsi que, à l'asile Saint-Pierre de Marseille, M. le Dr Maunier nous a montré le malade, sujet de l'observation qui précède et que son interne, M. Jourdan, a eu l'obligeance de nous transmettre. Bien qu'elle offre quelques lacunes, elle n'en est pas moins d'un réel intérêt. Il en ressort, point capital, que la trépanation n'a pas guéri l'épilepsie. Il y a eu une rémission et, comme dans cette opération, il y a toujours, malgré les précautions les plus minutieuses, un écoulement sanguin considérable, la rémission qui suit d'habitude — mais non constamment — l'opération, peut être, dans une certaine mesure attribuée à cette perte de sang. Relevons la disparition de l'aura psychique, l'action du trional, et signalons la nécessité : 1° de toujours relever très exactement le nombre des accès, afin de bien juger l'action des traitements, médical et chirurgical; 2° d'avoir une description des accès, ce qui n'est pas toujours facile; 3° de faire, à l'occasion, une autopsie complète de ces malades et de conserver la calotte crânienne pour bien voir et décrire les lésions. BOURNEVILLE.

REVUE CRITIQUE.

I. Apuntes para el estudio estructural de la corteza visual del cerebro humano (con 5 fotogr.); par S. Ramon y Cajal. (*Rev. Ibero-Americana de cienc. med.*, Marzo, 1899. Madrid, 1899.)

Deux théories contraires dominent les conceptions actuelles de la structure et des fonctions de l'écorce du télencéphale : celle des *unicistes* qui, avec Meynert et Kölliker, croient à l'unité structurale et fonctionnelle de la cellule nerveuse et expliquent par les connexions périphériques la diversité des propriétés des diverses aires de l'écorce cérébrale ; celle des *particularistes* qui, à l'instar de Munk, de Flechsig, de Nissl, sans méconnaître l'importance des connexions périphériques, c'est-à-dire de la structure des appareils périphériques des sens, fait d'organisation et d'évolution phylogénique d'où résulte tout ce qu'il y a de vrai dans la doctrine de la spécificité des sensations, considèrent comme histologiquement fondée l'hétérogénéité fonctionnelle de chaque territoire du cortex. C'est afin de pouvoir prendre position à son tour dans ce débat, en toute connaissance de cause, que Ramon y Cajal inaugure une série d'études sur la structure comparée des diverses régions de l'écorce du cerveau humain.

L'examen histologique de cerveaux d'enfants de quinze, vingt et trente jours, par les méthodes de Weigert, de Golgi et de Nissl, lui a déjà révélé quelques détails « nouveaux » qu'il fait connaître dans cette première note sur les caractères morphologiques et fonctionnels des éléments constituant les couches de l'écorce du *cuneus* et de la scissure calcarine. Ce n'est qu'après avoir étudié ainsi toutes les provinces de l'écorce que Cajal formulera son jugement définitif sur la question. En attendant, ce n'est pas en vain, on le conçoit, que l'œil d'un Cajal a contemplé à son tour ces régions qu'avaient décrites à leur point de vue, avec les secours de la technique du temps, Vicq d'Azyr, Gennari, Baillarger, Meynert. Point de doute que l'écorce de la scissure calcarine ne se distingue des autres territoires corticaux par des caractères morphologiques tout à fait particuliers. Tandis que, des huit couches stratifiées de cette écorce, les trois premières, *la couche moléculaire*, ou couche des panaches des pyramides, *la couche des petites pyramides* et *la couche des pyramides moyennes* n'offrent rien de spécial, la quatrième couche, celle des *cellules étoilées* ou strie de

Gennari, caractérise éminemment au contraire la « rétine corticale », comme nous l'avons souvent appelée après Henschen. Là, dans ce complexus de fibres myéliniques, où tant de prolongements nerveux sont mêlés, Cajal a distingué : 1° des cellules nerveuses étoilées autochtones ; 2° des ramifications de fibres nerveuses de fort calibre montant de la substance blanche ; 3° des ramifications d'axones ascendants de cellules des couches inférieures (zone des grains, zone des pyramides géantes, zone des corpuscules polymorphes) ; 4° des ramifications collatérales d'axones de cellules des zones supérieures (couches des pyramides petites et moyennes). Des éléments spéciaux de forme variée, mitrale, semi-lunaire, etc., mais surtout étoilée, constituent donc en fort grand nombre cette quatrième couche, cellules dont les dendrites se ramifient exclusivement dans ce plexus nerveux. L'observation toujours plus approfondie de cette zone a déjà permis à Cajal de la subdiviser en deux (couches des grandes et des petites cellules étoilées) et d'y décrire : 1° des cellules étoilées géantes ; 2° des cellules étoilées moyennes à longs et forts axones descendants, à épaisses collatérales ascendantes et à collatérales destinées aux couches inférieures ; 3° des cellules petites à courts dendrites variqueux, à axone court, descendant, ascendant ou horizontal, et s'épuisant dans l'épaisseur même de la strie. De pyramides proprement dites, Cajal n'en a jamais aperçu en cette région.

Une autre particularité qui distingue l'écorce visuelle des autres aires corticales, même de l'aire sensitivo-motrice, où elles sont pourtant fort nombreuses, c'est le nombre des fibres ascendantes de fort calibre qui montent de la substance blanche pour se ramifier horizontalement dans la quatrième couche. Comme ces fibres conservent leur gaine de myéline jusqu'à leurs ramifications primaires et secondaires, elles contribuent surtout à donner au ruban de Vicq d'Azyr sa coloration blanche. Les fibrilles de ces axones ne laissent pas de contracter des rapports de contiguïté en nombre infini avec les corps et les dendrites des cellules indigènes de cette zone, c'est-à-dire de la couche des cellules étoilées, comme elles ont fait d'ailleurs pour les tiges des pyramides et des cellules des couches inférieures. Souvent ces longues fibres myéliniques croisent verticalement la strie de Gennari et vont au delà, jusque dans la couche des pyramides moyennes (troisième couche), puis se recourbent brusquement en bas ou s'infléchissent sur de grands espaces pour se résoudre finalement dans la couche des cellules étoilées en collatérales et en prolongements axiles terminaux. L'aire de distribution de ces fibres est énorme ; leurs ramifications ultimes entrent certainement en contact avec des centaines de cellules nerveuses de la zone des cellules étoilées et avec un nombre considérable de grandes, de petites et de moyennes pyramides.

A quelle espèce de cellules appartiennent ces fibres nerveuses ? Sont ce des fibres optiques venues des centres optiques primaires, des fibres de projection, ou des fibres d'association intercorticale ? Il s'agit bien, selon CAJAL, de fibres optiques; voici les raisons sur lesquelles repose cette présomption :

« 1° Les fibres d'association, et, *a fortiori*, les fibres calleuses, sont beaucoup plus délicates que ces fibres afférentes de la région visuelle. Il n'y a pas jusqu'aux axones des pyramides géantes de l'écorce qui ne soient moins épais que la plupart des fibres considérées.

« 2° Les fibres blanches afférentes découvertes par nous en d'autres territoires de l'écorce du cerveau (*les fibres de* CAJAL, comme les appelle KÖLLIKER) ne manquent jamais dans l'écorce des régions de la sensibilité générale ou spéciale (écorce sensitivo-motrice, écorce acoustique, écorce visuelle, etc.) ; elles semblent au contraire faire défaut dans les aires corticales d'association.

« 3° La physiologie et l'anatomie s'accordent pour établir que la région visuelle doit recevoir un courant considérable de fibres optiques ; il est donc naturel de considérer comme appartenant à des faisceaux de cette nature les innombrables fibres myéliniques qui se distribuent dans la zone des cellules étoilées, dès qu'on admet que les puissants plexus nerveux que ces fibres contribuent à former, constituent en quelque sorte le facteur spécifique de la sphère visuelle. »

Enfin, de la couche sous-jacente, cinquième couche de cette aire corticale, couche des petites cellules sphéroïdales (*couche des grains*) ou *couche des petites cellules à axone ascendant*, comme la dénomme CAJAL, ainsi que de la septième *couche des cellules polymorphes*, montent d'innombrables axones qui, après avoir émis des collatérales dans les couches inférieures se ramifient dans le plexus optique, ou strie de GENNARI, entre les cellules étoilées de la quatrième zone. Ajoutez qu'en traversant cette région, les axones ascendants destinés à la couche moléculaire y abandonnent des collatérales, en même temps que nombre d'autres prolongements axiles de neurones des diverses couches stratifiées, et que, à travers cette strie, passent les tiges des pyramides géantes de la sixième couche et celles des corpuscule polymorphes, les dendrites ascendants des grains et les fascicules d'axones descendant des petites et moyennes pyramides des deuxième et troisième couches.

Les cellules de la couche des grains (cinquième couche ou *couche de petites cellules à axone ascendant*) sont des cellules petites, à dendrites descendants ou latéraux courts, dont un ou plusieurs prolongements montent dans la zone des cellules étoilées, à cylindraxe ascendant, émanant le plus souvent de l'extrémité inférieure du corps cellulaire et finissant par pénétrer dans la strie de GENNARI où il s'arborise.

La *couche des cellules pyramidales géantes*, ou sixième zone, est formée d'une ou deux rangées de puissants neurones dont l'énorme développement des dendrites basilaires frappe l'observateur; l'axone descend dans la substance blanche après avoir envoyé deux ou trois collatérales dans la couche des cellules polymorphes.

La *couche des cellules polymorphes*, ou septième zone, renferme quatre espèces d'éléments nerveux: 1° les plus nombreux sont des cellules fusiformes, ovoïdes, triangulaires, dont l'axone se recouvre en arc au-dessous des corps cellulaires avant de monter dans la zone des cellules étoilées et de s'y ramifier et envoie quelquefois un fin prolongement axile jusqu'à la substance blanche. Des collatérales sortent aussi de cet axone au cours de son trajet dans la couche des grains, destinées aux couches inférieures. La tige protoplasmique s'épuise dans la zone des cellules étoilées; 2° cellules fusiformes ou triangulaires; souvent de taille gigantesque, dont l'axe traverse toute l'écorce et monte jusque dans la couche moléculaire, non sans abandonner des collatérales destinées aux plexus de la zone de Gennari et à d'autres zones; 3° cellules du deuxième type de Golgi, à cylindraxe court, s'arborisant dans cette même zone des cellules polymorphes; 4° cellules triangulaires ou fusiformes, radialement orientées, dont l'axone pénètre dans la substance blanche; ces derniers axones sont fort rares et gisent souvent en pleine substance blanche (8e couche). Dans le travail *in extenso* qu'il prépare, l'éminent histologiste espagnol divise ainsi en deux la couche des cellules polymorphes: 1° couche des grandes cellules à axones ascendants; 2° couches des cellules polymorphes proprement dites ou couche des éléments fusiformes de Meynert; la plupart des axones de ces derniers neurones descendent jusque dans la substance blanche.

Il semble bien résulter de cette première étude de morphologie comparée des éléments nerveux constituant les diverses couches stratifiées d'une aire fonctionnelle de l'écorce cérébrale, de l'aire de la « rétine corticale », qu'il existe des types cellulaires définis, à fonction également distincte et déterminée.

Cajal décrit encore deux types cellulaires nouveaux qu'il a découverts dans différentes régions de l'écorce.

Les cellules du premier type se rencontrent peut-être dans toutes les zones stratifiées des circonvolutions, quoique jusqu'ici Cajal ne les ait vues que dans celles des pyramides moyennes de l'aire corticale visuelle, dans l'aire motrice et dans l'aire acoustique, où ces neurones sont surtout fort nombreux. Du corps cellulaire, allongé, sortent deux panaches dendritiques fort longs, l'un ascendant, l'autre descendant; les branches de celui-ci peuvent descendre jusque dans la zone des cellules polymorphes. L'axone, d'une finesse extrême, issu de la partie supérieure ou inférieure du cytoplasma, se décompose rapidement en une infinité de filaments

verticaux fasciculés, ascendants et descendants, si longs qu'ils traversent presque toute l'épaisseur de la substance grise. Cajal a vu un véritable faisceau de filaments axiles s'appliquer aux tiges protoplasmiques et aux corps cellulaires des cellules pyramidales disposées en séries verticales ; il estime donc vraisemblable que ces nouveaux éléments nerveux, d'une morphologie si curieuse, appartiennent à la catégorie des neurones d'association, neurones à axones courts dont l'office est d'associer dans le sens vertical les pyramides situées dans des zones distinctes d'un territoire cortical.

Les cellules du second type sont des éléments dont le volume est presque aussi considérable que celui des grandes pyramides. Du corps cellulaire, de forme étoilée ou triangulaire, sortent trois ou un plus grand nombre de branches dendritiques horizontales, fort étendues, d'où partent des rameaux ascendants qui se divisent et se subdivisent sur de grands espaces dans l'écorce ; point d'épines sur ces rameaux dont les expansions ultimes sont très variqueuses. L'axone, puissant, à direction oblique ou horizontale, émet sur son trajet une multitude de collatérales. La terminaison de l'axone de ces neurones n'étant pas encore connue, on ne saurait porter un jugement définitif sur leur nature. Cependant l'orientation de ce prolongement, ainsi que d'autres raisons, rendent probable qu'ils représentent « une variété spéciale d'éléments d'association intracorticaux, éléments destinés à établir, à de grandes distances, des connexions entre des groupes de pyramides très écartées », quoique appartenant à un même territoire cortical. Bref, *ces éléments seraient, dans l'épaisseur de l'écorce, ce que sont, dans la couche moléculaire, les cellules de* Cajal *et de* Retzius.

Les fibres myéliniques à fort calibre dont Cajal a suivi les ramifications dans la 4e zone de l'écorce de l'aire visuelle lui ont rappelé celles qu'il a vues se distribuer dans l'aire sensitivo-motrice et qui proviennent sans doute de la voie sensitive centrale. Or là aussi aussi ces fibres se terminent électivement dans une couche de l'écorce grise où abondent, quoiqu'en moins grand nombre, des cellules étoilées spéciales. « Si, conclut Cajal, ces faits se confirmaient pour toutes les sphères corticales de la sensibilité — les zones d'association de Flechsig demeurant en dehors — il serait légitime de considérer cette couche comme le facteur anatomique spécifique de l'écorce sensitivo-sensorielle, et, partant, comme le lieu d'élection où l'image du monde extérieur, recueillie par les sens, est projetée et transformée en sensation. »

Jules Soury.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. Le tribromure de salol; sa valeur comme hypnotique chez les aliénés; par le Dr Viallon.

Si le nombre des hypnotiques s'accroît chaque jour, malheureusement la plupart de ces médicaments, si prônés au début, tombent bientôt dans l'oubli. Parmi les nouvelles acquisitions, il convient de signaler le tribromure de salol, médicament auquel les premiers expérimentateurs ont accordé une action hypnotique des plus importantes.

De l'expérimentation faite par l'auteur sur 35 aliénés, il résulte que l'efficacité du tribromure comme hypnotique chez les aliénés, se manifeste d'une façon particulière dans un seul groupe, chez les agités chroniques, chez les débiles et déments avec périodes d'excitation; chez les autres malades, son action n'est guère appréciable.

Aussi malgré son efficacité sur un certain groupe de malades, le tribromure n'est-il pas, d'après les conclusions de M. Viallon, un médicament à préconiser dans la thérapeutique des aliénés, à cause : 1° de son action hypnotique très inconstante et peu prononcée; 2° de son insolubilité et, par suite, des nombreuses difficultés dans son administration chez les aliénés agités; 3° de son prix actuellement très élevé. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1899.) E. B.

II. Morphinomanie. Traitement par la méthode de sevrage rapide; par M. G. Comar. (*Presse médicale*, 15 mars 1899.)

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de quarante-deux ans, sans aucune tare nerveuse héréditaire et sans antécédents spéciaux, qui, ayant été soumis, il y a huit ans, pour une otite aiguë, à un traitement par le chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées, a continué depuis lors à user de ce médicament et est arrivé à en absorber une dose quotidienne de 12 grammes. A plusieurs reprises, il a essayé de se démorphiniser par la méthode lente; il y est parvenu trois fois, à une période où il ne prenait que des doses relativement faibles du toxique; mais la suppression a toujours été de courte durée (1 à 3 mois). Un quatrième essai de démorphinisation lente a échoué; la dose quotidienne absorbée par le malade était alors trop forte (5 grammes)

pour que cet essai pût réussir, et il n'a pu descendre au-dessous de 50 centigrammes. Après cette tentative infructueuse, il a augmenté de nouveau la quantité quotidienne de morphine, et est resté plusieurs années à 5 grammes ; puis, en l'espace de deux mois, il est passé de 5 à 12 grammes. Il a absorbé pendant plusieurs mois cette dose énorme; à la suite d'ennuis, il a essayé, sans succès, de s'empoisonner en s'injectant 25 grammes de chlorhydrate de morphine, et enfin, il est entré dans une maison de santé pour s'y faire traiter. Il représentait à ce moment le type accompli de la cachexie morphinique. M. Comar l'a traité par la suppression brusque. En neuf jours, il a pu, sans accident, supprimer totalement le poison. Un purgatif, au début de la cure et deux injections de 25 centigrammes de caféine le dixième jour, ont été les seuls médicaments qu'il ait fait prendre à son malade pendant toute la durée du traitement. L'hydrothérapie froide fut employée pendant la convalescence; celle-ci fut très rapide; le malade engraissa dans de très notables proportions, le sommeil reparut au bout de quelques jours sans qu'il fût nécessaire de prescrire des hypnotiques, et le malade put sortir de la maison de santé, en excellent état au physique et au moral, deux mois après son entrée.

L'auteur pense que, dans ce cas, l'emploi de la méthode lente eût entraîné rapidement la cachexie et eût maintenu longtemps le malade dans un état de faiblesse dont il n'eût pu faire les frais. Il a remarqué la nécessité du bon fonctionnement du tube digestif et de tous les organes qui doivent faire les frais des rénovations glandulaires qui suivent la suppression du poison. La diarrhée, les vomissements, les sueurs profuses, les urines abondantes, la salivation, etc., sont des symptômes favorables et qu'il faut respecter au cours de la démorphinisation. M. Comar admet avec M. Sollier que l'emploi des adjuvants destinés à remplacer la morphine ou à calmer la douleur pendant la suppression, ne fait qu'entraver la rénovation glandulaire et doit être rejeté. Il considère l'emploi des hypnotiques comme inutile et dangereux.

A. Fenayrou.

III. **La morphinomanie**; par M. le professeur Debove.
(*Presse médicale*, 1er février 1899.)

De la leçon sur la morphinomanie, faite par M. le professeur Debove dans son cours de pathologie interne, nous ne retiendrons que les points suivants : tout morphinisé ne devient pas morphinomane; pour devenir morphinomane, il faut une prédisposition spéciale, qu'il est bien difficile de définir d'une manière précise; certains sujets sont plus vulnérables que d'autre, mais on ne peut les reconnaître à l'avance; aussi, en pratique doit-on

agir, pour l'administration de la morphine avec autant de prudence que si cette prédisposition était constante et se rappeler que la morphinomanie peut toujours être créée par un emploi prolongé des injections.

Au point de vue du pronostic, M. Debove distingue entre les grands morphinomanes et les petits morphinomanes; les premiers, qui doivent leur état à une prédisposition plus accentuée, à une morphinisation invétérée, aux doses considérables de poison qu'ils absorbent, sont incurables; ils seront, d'une façon intermittente, les hôtes des maisons de santé, des hôpitaux, des asiles d'aliénés ou des prisons; les autres ont encore assez d'énergie pour se guérir et se guériront par le traitement moral combiné à la démorphinisation lente qui constitue pour cette catégorie de malades la méthode thérapeutique de choix. M. Debove préconise pour les grands morphinomanes l'internement dans une maison de santé. Il rejette la démorphinisation brusque, à cause des souffrances atroces qu'elle cause au malade et des dangers auxquels elle expose (collapsus, syncope mortelle), et la démorphinisation lente qui exigerait chez ces sujets une surveillance trop prolongée et trop difficile. Il est donc amené à adopter pour les grands morphinomanes la méthode rapide, avec ou sans substitution à la morphine (méthode substitutive) d'un autre poison plus facile à supprimer. On peut, dit-il, se servir utilement d'alcool, d'opium, d'antipyrine, pour soutenir les forces du malade et diminuer ses souffrances pendant les premiers jours de la démorphinisation; mais il faut aussi avoir soin de ne jamais laisser ces substances à la disposition du malade, et en cesser l'emploi le plus rapidement possible. Hitzig, attribuant à l'hyperacidité du suc gastrique, la plupart des accidents de la démorphinisation, conseille, pendant cette période, l'emploi des lavages d'estomac; ce moyen adjuvant, peut, d'après M. Debove, être remplacé efficacement par les alcalins ou le carbonate de chaux à haute dose.

A. Fenayrou.

IV. Traitement de la maladie de Basedow par l'ovarine; par M. Delaunay (de Poitiers). (*Presse médicale*, 21 janvier 1899.)

L'auteur a eu l'idée de traiter par l'ovarine une malade chez qui les symptômes du goître exophtalmique s'étaient développées au moment précis de la ménopause. L'administration de cette substance aux doses habituellement prescrites dans le traitement des accidents de la ménopause, amena presque immédiatement, une amélioration considérable, et bientôt une guérison qui semble devoir être définitive. Diverses médications, entre autres la thyroïdine, avaient été employées antérieurement et n'avaient donné qu'une amélioration insignifiante. A. Fenayrou.

V. Sur le traitement du torticolis mental et des tics similaires; par MM. E. BRISSAUD et FEINDEL. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 8.)

Après avoir relaté plusieurs cas de torticolis mental ou de tics similaires qui ont été améliorés ou guéris par des séances d'immobilité et de mouvements appropriés, les auteurs concluent en disant que tout traitement des tics pour être efficace doit tendre à la rééducation de la volonté et à augmenter son pouvoir d'inhibition à l'égard d'actes purement automatiques. Pour obtenir ce résultat, il faut s'attacher à établir une association entre l'image motrice du tic qui est persistante et une image antagoniste curative qu'il s'agit de créer. Puis la suggestion, le repos absolu, l'immobilité, le silence, au besoin l'isolement, voilà les moyens thérapeutiques qui, employés isolément ou combinés, permettent d'espérer la guérison complète des tics d'habitude. Mais encore faut-il que ces actions portent leur effort respectivement et toutes à la fois sur l'état mental du sujet, car un tic, simple ou complexe, et quelle que soit sa cause, est fatalement une maladie mentale.

G. D.

VI. Contribution à l'étude de l'épilepsie et de son traitement; par Casimir WISLOCKI, médecin des consultations à l'hopital Saint-Roch, de Varsovie. (*Kronikabeckarska*, 15 mars.)

L'auteur considère l'épilepsie partielle ou essentielle comme le résultat de l'irritabilité de l'écorce cérébrale. Cette irritabilité peut être produite par une tumeur, comme dans l'épilepsie partielle ou par un corps qui existe dans les liquides de l'organisme au moment de l'accès et qui agit sur l'écorce cérébrale, comme dans l'épilepsie essentielle. Ici nous sommes en face de la théorie d'intoxication et d'autointoxication, qui soutient, que le corps irritant peut venir du dehors, (syphilis, saturnisme), ou être le résultat de la transformation des matières. Les corps qui agissent sur l'écorce cérébrale sont des leucomaïnes et toxalbumines; ce sont les produits de désassimilation des aliments azotés et de la désagrégation des tissus. L'urine émise après l'accès contient en masse de ces produits toxiques (Voisin, Bouchard, Unverricht, Krainski). Alors pour qu'il y ait un accès, il faut une irritabilité de l'écorce ou la présence dans l'organisme des produits toxiques.

La thérapeutique a deux voies à suivre : 1° Diminuer l'irritabilité de l'écorce, en opérant les tumeurs, calmer les systèmes nerveux, en donnant le brome; 2° agir sur les toxines de l'organisme par une nourriture appropriée.

La thérapeutique a fait beaucoup dans le premier cas, on fait des opérations, on abuse du bromure. Selon l'auteur, pour agir dans le second cas, il faut diminuer la consommation des produits

azotés et les remplacer par un véritable contre-poison des intoxications, le lait. L'auteur pendant quatre ans a traité 30 cas d'épilepsie essentielle par le régime lacté absolu; pour que ce régime soit mieux supporté, il donne différentes préparations comme le fromage blanc, koumys, kéfir. Si pour quelques raisons le régime lacté est mal toléré, le régime végétarien est celui qui se supporte mieux sans donner de toxalbumines et leucomaïnes. L'auteur a vu toujours les crises d'épilepsie diminuer; il cite le cas d'un garçon qui, sous l'influence de son oncle un vieux maniaque, a cessé tous les traitements; les accès devinrent excessivement fréquents; le malade, à cause de sa langue couverte de morsures, n'a pu prendre que du lait, les crises s'amendèrent; quand il était fatigué du régime, il reprenait de la viande, les accès recommençaient. Le malade effrayé recourait au lait.

L'auteur arrive à ces conclusions : que le lait ne peut amener l'intoxication, comme on le voit à chaque instant avec le brome. Qu'il ne peut produire de mauvais effet sur l'intelligence comme le fait le brome. Que le lait est un des meilleurs contrepoison contre les produits toxiques élaborés par l'organisme. Dans les cas où le lait et le brome ne peuvent pas être donnés longtempas on peut, pour mieux faire, les alterner. G. DE MAJEWSKA.

VII. Un cas de tétanos chez l'enfant de trois ans guéri par le sérum antitétanique ; par le Dr Edouard BERNHARDT. (*Gazeta Lekurska*, 18 mars.)

L'auteur est d'avis que chaque cas de tétanos guéri par le sérum doit être publié, car selon lui, la réaction contre l'emploi de la sérumthérapie est trop grande (Gottstin, Kassowitz, Purjesr) et ceci peut nuire à la propagation de ces bons moyens qui ont diminué la mortalité dans la proportion au moins de 50 p. 100. L'auteur a été appelé à la campagne près d'un enfant de trois à quatre ans, couché sur le ventre, la tête relevée en haut, le front ridé, lèvres contractées, de temps en temps un rire sardonique.

Le tronc et les membres inférieurs sont tranquilles et normaux, mais au toucher on sent une raideur extrême. Le moindre mouvement produit des secousses tétaniformes de tout le corps : ces secousses duraient dix minutes dans les membres inférieurs, elles sont moins longues au tronc et aux membres supérieurs. L'alimentation impossible, la parole changée. L'enfant avalait les liquides mais chaque déglutition forcée provoquait une contraction des muscles du visage et du pharynx.

L'inspection de la musculature antérieure impossible à cause de la position de l'enfant sur le ventre. Facultés intellectuelles intactes, température 35°,4 ; pouls, 104.

L'enfant regardait à la grange les travaux, son pied glissa et il

tomba. Le lendemain on a remarqué que l'enfant avait la tête un peu de côté, après survinrent les secousses. Les portes d'entrée du bacille de Nicolaïer étaient deux légères écorchures — une au niveau d'un tiers du cubital, l'autre sur la hanche. L'auteur administra du chloral et seulement le cinquième jour reçut le sérum de l'Institut Pasteur. Il a injecté seulement 3 centimètres cubes (chaque tube est de 10 centimètres cubes), la température de 35° a monté à 38°; les secousses cessèrent. Le lendemain on injecte le reste du flacon, l'enfant présente une éruption dans le genre de rubéole. Le jour suivant, l'auteur injecte le contenu du tube entier. L'enfant tousse, chaque fois expectore un liquide sanguinolent. On entend des râles dans la poitrine, les ganglions sont tuméfiés. Les mouvements passifs sont sans douleurs, mais les actifs provoquent les crises. La première fois l'enfant se couche sur le dos.

A l'injection du troisième flacon les phénomènes s'aggravent, le tétanos généralisé se montre, l'enfant refuse toute nourriture, la période d'aggravation continue douze heures. Pour calmer l'exagération nerveuse on donne trois fois par jour la solution de chlorhydrate de morphine de 0,003 p. 100 d'eau. L'état s'améliore, l'enfant commence à avaler du pain.

On injecte le quatrième flacon, la période d'aggravation plus forte que les précédentes dure vingt heures ; l'enfant était presque froid, les secousses tétaniformes sont très fortes. Mais à la fin l'enfant reprend la vie et semble marcher vers la guérison.

On avait pris du sérum pendant douze jours ; une semaine l'état de l'enfant fut satisfaisant, mais après, les crises commencèrent, on donnait de nouveau la morphine. Le douzième jour on injecta le cinquième flacon. La période de réaction dura six heures et fut très inquiétante; l'enfant était couvert de sueurs profuses, sur tout le corps se montra une éruption. Mais le lendemain l'enfant commença à marcher.

On injecte la moitié du sixième flacon, pendant deux jours la douleur, les secousses apparaissent, la faiblesse est très grande, mais après le troisième jour, tout disparait et l'enfant commence à guérir. L'enfant guérit après trente-deux jours de traitement antitétanique et trente-sept jours après l'apparition des premiers phénomènes.

On voit qu'au commencement du traitement, l'organisme réagissait bien, la température montait, les secousses disparaissaient, mais avec l'emploi ultérieur la période réactionnaire dura plus ou moins longtemps, mais l'organisme revenait à la santé après chaque injection, d'une manière absolue.

L'auteur a recueilli 32 cas de tétanos connus jusqu'à ce jour, où le sérum fut appliqué, pour juger si la période réactionnaire dépend de chaque individu ou si elle est inhérente à la nature du sérum.

On a observé cinq fois l'élévation de la température, trois fois de l'urticaire, éruption pigmentaire deux fois, l'infiltration du lieu de l'injection deux fois, l'inflammation du tissu conjonctif une fois, l'inflammation des voies urinaires une fois, l'inflammation glandulaire trois fois.

Parmi ces 32 cas, il y avait 12 décès. Avant l'emploi du sérum la longueur de l'incubation influait beaucoup sur l'évolution du tétanos, plus l'incubation était longue, plus on avait une meilleure issue. Maintenant on peut dire que la guérison survient plus sûrement si l'emploi du sérum est immédiat après l'incubation.

L'auteur arrive aux conclusions que : 1° le sérum diminue la mortalité dans le tétanos au moins de 50 p. 100; 2° les phénomènes accessoires quoique graves passent sans laisser de traces; 3° chaque praticien dans le tétanos de Nicolaïer doit administrer le sérum. G. DE MAJEWSKA.

VIII. **Quelques mots sur la nature et les indications de la thérapeutique suggestive**; par le Dr FOREL. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1898, n° 12.)

Par suggestion il faut entendre, d'après l'auteur, une représentation consciente, vive et interne, qui actionne le cerveau et produit d'une façon inconsciente, ou plus exactement subconsciente, un dynamisme nerveux quelconque, central ou irradiant la périphérie. Le dernier apparaît dans la conscience du sujet d'une façon qui l'étonne. Le sujet ne peut saisir le mécanisme par lequel la suggestion, c'est à dire la représentation constante actionnante, conduit au dynamisme, c'est à dire à l'effet, à ce qu'on appelle la réalisation de la suggestion.

Ce n'est pas dans le traitement de l'hystérie et bien moins encore dans celui des maladies mentales que la thérapeutique suggestive exerce sa véritable influence. Son véritable domaine est celui des troubles fonctionnels des principaux appareils. Il faut savoir en outre, en médecine comme en chirurgie, distinguer partout le facteur suggestif qui, selon les cas, s'ajoute aux symptômes d'une maladie ou aux éléments d'une guérison, ou se soustrait d'eux, et le traiter pour son compte, c'est à dire par la suggestion. G. D.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. Pathologie et criminalité; par E. JENTSCH. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XX. N. F., VIII, 1897.)

OBSERVATION I. — Délit passionnel chez une hystérique de vingt-huit ans qui a vitriolé un prêtre, son amant. Faiblesse d'esprit.

OBSERVATION II. — Dégénéré de dix-huit ans, illettré, puéril et hardi, ayant volé un de ses camarades de concert avec deux autres ouvriers, à la suite d'une débauche commune. Atrophie congénitale du médius, de l'annulaire, et de l'auriculaire de la main gauche; l'indicateur n'a que la première phalange.

OBSERVATION III. — Jeune fille de vingt-quatre ans; grand nombre de vols et de leurres de toute espèce; mélange d'anomalies congénitales (aspect crétinoïde de la face, index céphalique très faible), de troubles intellectuels secondaires et de simulation. Folie morale chez une héréditaire dégénérée.

OBSERVATION IV. — Homme de soixante-deux ans, très méritant, ayant une carrière bien remplie, qui a assassiné sa femme, le jour même et au moment où, d'un commun accord, ils se présentaient tous deux au tribunal pour divorcer. Délire systématisé de jalousie. Irresponsabilité; quelque excitabilité; quelque hérédité névropathique. P. KERAVAL.

II. Quelques réflexions sur les expertises, à propos de l'examen médico-légal du meurtrier C..., et rapport sur son état mental; par le Dr S. GARNIER.

Le maire d'une commune du Jura se promenait sur le champ de fête lorsqu'un individu se dirige vers lui et, sans dire un mot, saisissant M. G... d'une main, lui plonge de l'autre son couteau dans la gorge à plusieurs reprises.

L'assassin, à l'instruction, dit qu'il a tué M. G... parce que cet homme ne lui plaisait pas, « parce que, nommé par les Républicains, il faisait mine de les mépriser et de marcher du côté de la réaction. Du reste, en dehors de la politique, il n'avait rien à lui reprocher. Son crime était un crime politique. »

M. S. Garnier montra que ce crime se trouve être en réalité non un acte passionnel politique, mais un épiphénomène pathologique d'une folie dont les éléments constitutifs délirants, greffés sur les

préoccupations habituelles de l'inculpé, c'est-à-dire la politique, ont donné à cette folie sa caractéristique personnelle. En conséquence des conclusions du rapport légal, la Chambre des mises en accusation rendit un arrêt de non-lieu.

Dès que cette décision fut connue, un journal de la région, bien connu pour son intransigeance réactionnaire, proclama que l'effet produit par la décision de la cour était tout à fait affligeant. Dans une série d'articles presque quotidiens, où toute mesure était dépassée, le conseiller rapporteur et surtout le médecin expert furent vilipendés avec une désinvolture et une mauvaise foi cyniques : leur silence devant l'injure fut même qualifié de scandaleux.

L'auteur estime qu'une telle campagne de presse eût été rendue impossible si le rapport médico-légal, avant l'arrêt de non-lieu, avait pu être publié ou soumis à une commission médico-judiciaire. (*Annales médico-psychologiques*, février 1899.) E. B.

III. Consultation médico-légale au sujet d'un internement ; par le Dr Henry Bonnet.

Un nommé S..., ayant été interné à l'asile de Lehon, sortit calme et non guéri par décision du tribunal de Dinan.

Mal conseillé, il crut devoir se servir de cette décision pour attaquer en séquestration arbitraire, devant le tribunal de Saint-Malo, un médecin des environs de cette ville qui avait donné le certificat d'entrée.

Le tribunal de Saint-Malo, en déboutant S... de toutes ses demandes, fins et conclusions, donna complètement raison à toutes les déductions de la consultation qui avait été demandée à l'auteur. (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1898.) E. B.

IV. Médecine légale de l'alcoolisme; par le Dr Lentz. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, mars 1899.)

Il faut distinguer, d'après l'auteur, parmi les sujets qui s'adonnent à l'alcool : les *buveurs d'habitude* et les *alcoolisés ou alcooliques*.

Chez le *buveur d'habitude*, étant donné qu'il ne présente encore aucune trace d'intoxication, l'alcool n'a qu'une influence accessoire et ne doit guère entrer en ligne de compte au point de vue de la responsabilité.

Les *alcoolisés* offrent deux types morbides bien déterminés : l'*intoxication alcoolique* (aiguë ou chronique) et les *formes délirantes alcooliques*.

Dans l'*intoxication alcoolique aiguë* ou *ivresse* la responsabilité doit rester entière, d'après M. Lentz, si l'ivresse évolue d'une façon normale. Les délinquants, au contraire, qui commettent des actes

répréhensibles au cours d'ivresses anormales caractérisées, soit par une exagération de l'un ou l'autre des phénomènes ordinaires de l'ébriété, soit par l'apparition de penchants ou d'instincts déréglés doivent jouir d'une irresponsabilité complète.

Dans l'*alcoolisme chronique*, c'est l'état de conservation ou de déchéance des facultés intellectuelles qui devra servir de guide pour apprécier le degré de responsabilité du sujet.

Quant aux *formes délirantes alcooliques* elles ne tirent de l'alcool même ou de l'influence alcoolique aucune particularité de nature à modifier la responsabilité des malades. Il en est de même dans les états délirants, convulsifs, somnambuliques, etc., qui se développent si facilement chez les dégénérés à la suite de quelques excès alcooliques. G. D.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. Les phénomènes de la distraction cérébrale et les états dits de dédoublement de la personnalité ; par le Dr Laupts.

On peut supposer, dans le cerveau intelligent deux groupes de centres : *a*) des centres de la mémoire et du langage intérieur, centres subalternes, centres domestiques, normalement soumis aux seconds et dirigeables par eux ; *b*) des centres de coordination intellectuelle supérieure, actionnés (hypothèse spiritualiste) ou non (hypothèse matérialiste) par une force de nature spéciale, qui font la pensée, dirigent et commandent les premiers : c'est, en bloc, le centre supérieur.

L'inhibition exercée par le centre supérieur sur les centres subalternes, inhibition qui est maxima dans les actes de la vie ordinaire, qui s'atténue lors du sommeil normal, pour devenir minima ou nulle lors de l'état hypnotique et des états analogues, peut, même à l'état de veille chez certains sujets, se trouver en défaut, être diminuée et donner lieu à des phénomènes auxquels on n'accorde peut-être pas une suffisante importance. Il arrive que tel être, comme s'il était hypnotisé, parle, agit, fait différents actes souvent bien combinés, sans en avoir conscience.

Cet état se rencontre fréquemment : on l'observe surtout chez les penseurs. On l'appelle *distraction :* alors que le cerveau vit, pense, que la personnalité, par conséquent, continue de s'affirmer intérieurement, certains centres accessoires sont *distraits* du méca-

nisme cérébral pour lequel ils ne sont momentanément pas nécessaires; ils évoluent alors en vertu des associations habituelles; leurs réflexes parfois bien combinés, bien synthétisés, sont provoqués par les objets, les sons, les images extérieurs, comme le sont ceux des hypnotisés; ils s'harmonisent souvent entre eux d'une façon suffisante pour amener l'apparition de pseudo-personnalités qui ne sont que les schémas généralement simples, souvent d'une grande banalité, sous la forme desquels les sujets observés avaient emmagasiné dans leur mémoire l'expression de telle personnalité existant ou ayant existé, Robespierre, Danton, Bonaparte, etc...

A l'état de veille cet état est appréciable chez les médiums; il n'est autre qu'une distraction plus complète, survenant chez des individus susceptibles par naissance ou par habitude, par exercice, de les provoquer ou de les faire provoquer souvent chez eux. Plus leur mémoire est riche, plus et mieux elle a été meublée dans les états habituels par l'intelligence, plus aussi on peut les trouver intéressants, car plus le schéma de la personnalité simulée par les centres secondaires est complet ou varié, ou bien combiné. Un médium ininstruit, stupide ne produirait qu'un Mahomet pauvre d'esprit, un Jules César imbécile, un Descartes inintelligent. (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1898.) E. B.

II. **La descendance des alcooliques. Influence de l'hérédité paternelle**; par les Drs Sabrazès et Brengues.

Les auteurs ont pu dresser l'arbre généalogique d'une lignée de buveurs d'habitude qui s'étend jusqu'à la cinquième génération inclusivement. L'arbre généalogique qui a été établi rend compte du rôle joué dans ce cas par l'hérédité paternelle.

Depuis le trisaïeul jusqu'à la génération actuelle l'alcoolisme sévit à tous les degrés et sous toutes les formes, avec ses funestes conséquences. Il résulte de ces faits que l'alcoolisme des ascendants n'aboutit pas nécessairement, ainsi qu'on l'a dit, à l'extinction de la famille, même à la quatrième génération, mais imprime à la descendance, des stigmates profonds de dégénérescence physique, intellectuelle et morale, et cela alors même que la ligne maternelle ne joue aucun rôle effectif dans l'hérédité morbide. (*Revue neurologique*, novembre 1898.) E. B.

III. **La dermographie chez les aliénés**; par MM. Téré et Lance. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 23.)

La possibilité d'écrire sur la peau en faisant saillir le derme a été rencontrée par les auteurs de ce travail à des degrés divers chez 48 aliénés sur 229. C'est chez les paralytiques généraux que ce phénomène a été noté le plus souvent. Chez ceux-ci, comme

en général chez les autres malades, l'intensité de l'urticaire artificiel est faible ou moyenne; dans deux cas seulement il s'est montré fort : chez un paralytique général et chez un dément qui présentaient tous deux des phénomènes de dépression très marqués.

La dépression générale de l'organisme ne paraît donc pas exclusive de la réaction vaso-motrice qui caractérise l'urticaire artificiel. G. D.

IV. **L'Occultisme scientifique**; par S. Crocq fils. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 19.)

La conclusion de ce travail est que les phénomènes occultes se relient intérieurement aux phénomènes spirites et que les expériences et les faits sur lesquels on se base pour affirmer l'existence de forces inconnues s'expliquent suffisamment par la fraude et par l'automatisme psychologique ou pathologique. G. D.

V. **Paralysie générale chez une imbécile**; par le Dr Cullerre.

Dans un mémoire sur la démence paralytique chez les imbéciles, publié en 1897, M. Luigi Cappelletti dit n'avoir trouvé dans la littérature spéciale que deux cas semblables à celui qui faisait l'objet de son travail. L'auteur en signale un troisième, cité en résumé dans la thèse d'un de ses anciens internes.

Chez cette imbécile, entrée à l'asile avec les signes cliniques d'une paralysie générale associée, le cerveau proprement dit pesait 737 grammes et l'encéphale entier 872. La paralysie générale ne serait donc pas le monopole des gens d'esprit : M. Cullerre a rencontré, au contraire, de nombreux débiles parmi les paralytiques de la classe rurale. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1899.)

E. B.

VI. **Hallucinations religieuses et délire religieux transitoire dans l'épilepsie**; par le Dr H. Mabille.

L'auteur rapporte quatre observations intéressantes qui démontrent amplement l'influence des crises épileptiques sur la nature religieuse des hallucinations. Dans ces observations, en effet, les hallucinations paraissent presque aussitôt après la crise épileptique; elles se prolongent pendant un temps variable portant sur la vue ou sur l'ouïe, et le malade en a conscience, peut en rendre compte. Ces troubles de la sensibilité sont pour lui l'origine d'un délire mystique transitoire qui dure parfois plusieurs jours. Le délire religieux tend à disparaître en même temps que les crises épileptiques, fait qui confirme les rapports étroits unissant les crises aux hallucinations religieuses. (*Annales médico-pschologiques*, février 1899.) E. B.

VII. Quelques contributions à la psychologie du sommeil chez les sains d'esprit et chez les aliénés; par le Dr Pilcz.

D'une série d'observations faites sur ses propres rêves depuis plus de cinq années, et d'autre part sur les aliénés de la cliniquê psychiatriqne de Vienne, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Une périodicité ou régularité de l'intensité des rêves n'est pas démontrable ; 2° il y a une certaine corrélation entre la profondeur du sommeil et la matière des rêves. Le sommeil le plus profond est sans rêves. Dans le sommeil d'une profondeur moyenne, des associations et des images plus anciennes apparaissent. Des impressions nouvelles ne s'entremêlent dans les rêves que lors d'un sommeil peu paisible; 3° dans le sommeil calme, chaque impression nouvelle n'est reproduite qu'après un temps assez long; 4° généralement les aliénés à formes chroniques ne rêvent pas de leurs idées morbides. (*Annales médico-psychologiques*, février 1899.)

E. B.

VIII. Lèpre et aliénation ; par le professeur Kovalevsky.

On a observé chez les lépreux les lésions suivantes : méningites, hydrocéphalies aiguës, apoplexie, épilepsie, hémicranie, convulsions, maladies de la moelle, mélancolie, manie, démence. Ces données permettent de poser les conclusions suivantes : 1° des lésions du système nerveux central ont été observées chez des lépreux ; 2° bien que rares, elles existent cependant ; 3° il est désirable que l'attention des observateurs soit plus sérieusement dirigée sur cette question ; 4° la lèpre doit être admise comme cause étiologique de l'aliénation ; 5° en fait de maladies mentales chez les lépreux, on a observé la mélancolie, la manie, la démence, l'amentia de Meynert.

A en juger d'après l'analogie de l'action des autres maladies infectieuses sur la sphère mentale, il paraîtrait que la lèpre pourrait plutôt faire naître l'amentia, que d'autres maladies mentales. (*Revue neurologique*, mars 1899.) E. B.

IX. Du sens algésique étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale; par le Dr Marandon de Montyel. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, septembre 1898.)

M. Marandon de Montyel a étudié la sensibilité à la douleur au moyen de la piqûre et du pincement chez 108 paralytiques généraux depuis le début de la maladie jusqu'à sa terminaison. Dans 65 p. 100 des cas le sens algésique a été trouvé affaibli, aboli, exagéré ou simplement retardé. Ces modifications s'observent

surtout au début et à la période ultime de la maladie. Elles n'ont du reste aucune valeur diagnostique car il n'est pas démontré qu'elles précèdent les troubles moteurs et n'ont pas davantage de signification pronostique. G. D.

X. **Notes sur l'urobilinurie et l'hématoporphyrinurie toxiques dans les maladies nerveuses**; par le Dr Hascovec.

L'urobilinurie et l'hématoporphyrinurie ont été observées dans quelques maladies nerveuses et souvent après l'empoisonnement par le sulfonal : l'auteur cite deux cas de ce dernier genre.

L'urobiline et l'hématoporphyrine peuvent se trouver dans l'urine à l'état normal mais c'est seulement dans les états morbides qu'elles y apparaissent en grande quantité. Si on observe l'urobilinurie et l'hématoporphyrinurie au cours d'une intoxication sulfonalique, on ne peut pas affirmer qu'elles sont dues à l'intoxication même, ni si elles ne sont pas un phénomène occasionnel. Il est possible que le sulfonal crée, dans certains cas, des conditions qui altèrent l'innervation normale des organes et des tissus de l'organisme; alors apparait un échange nutritif anormal, à savoir l'urobilinurie ou l'hématoporphyrinurie. (*Revue neurologique*, avril 1899). E. B.

XI. **Dégénérescence et stigmates mentaux; malformation de l'ectoderme; myoclonie épisodique** (*paramyoclonus multiplex dans un cas de maladie de Recklinghausen*); par MM. Feindel et Froussard.

Observation intéressante de paramyoclonus multiplex chez un individu porteur des tumeurs cutanées et des nœvi pigmentaires qui caractérisent la maladie de Recklinghausen. Dégénérescence, stigmates congénitaux, maladie de Recklinghausen, sont chez le même sujet confondus, engrenés. C'est qu'ils sont une seule et même conséquence du même phénomène : le trouble de développement embryonnaire du feuillet ectodermique, sous l'influence de l'alcoolisme paternel.

Le feuillet ectodermique seul a eu son évolution troublée; de là les signes extérieurs de la maladie de Recklinghausen; mais la partie de l'ectoderme incluse dans le crâne et le canal neural n'est pas normale, elle n'a pas un fonctionnement parfait (défaut de l'intelligence, etc...), un choc peut faire éclater un trouble intense de cette portion incluse et le choc (accident grave), dans le cas actuel, a déterminé une myoclonie.

Cette observation est un argument en faveur de cette opinion que : les signes physiques de la maladie de Recklinghausen sont des stigmates de la dégénérescence, cette maladie représentant une

forme de dégénérescence. En résumé, le malade en question apparait comme un dégénéré portant pour stigmates de sa dégénérescence les symptômes physiques de la maladie de Recklinghausen et la myoclonie dont il est atteint est un produit de sa dégérescence. (*Revue neurologique*, janvier 1899.) E. BLIN.

XII. Du rôle de l'hérédité dans l'étiologie de la paralysie générale; par J. CROCQ. (*Journ de Neurologie*, 1899, nos 6 et 7)

D'après l'auteur, la paralysie générale ne serait qu'une des nombreuses manifestations nerveuses de l'*état diathésique* c'est-à-dire d'un état morbide éminemment héréditaire caractérisé par une altération du système nerveux amenant à sa suite des troubles nutritifs ou intellectuels plus ou moins profonds et donnant lieu aux maladies diathésiques. A ce titre, les ascendants, comme les *descendants* du paralytique général sont toujours profondément diathésiques et comme tels présenteront une résistance organique moindre et pourront, suivant la qualité des croisements qui auront présidé à leur conception, être atteints d'affections diathésiques plus ou moins graves. G. D.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Dans la séance annuelle publique tenue par la Société le 21 octobre 1898, des discours ont été prononcés par : 1° le Dr A. Korniloff, agrégé : *Sur l'assistance des épileptiques;* 2° le professeur Kojevnikoff : *Les troubles de la circulation sous l'influence des émotions psychiques;* 3° le Dr Tokarsky : *L'hypnotisme et la suggestion au point de vue de la médecine légale.*

Séance du 22 janvier 1899.

W. WOROBIEFF. — *Contribution à la question des particularités stigmates) physiques des aliénés.*

Parmi les particularités physiques, réputées comme stigmates

(physiques) de dégénérescence, l'auteur attire l'attention surtout sur la conformation de l'oreille externe. Il a examiné sous ce rapport, et d'après le schéma de Schwalbe, 325 ouvriers d'usine, originaires du gouvernement de Riazan. Il a constaté en tout 314 anomalies, notamment chez 186 de ces ouvriers (sains), ou 57,23 p. 100, tandis que 119 individus examinés, ou 42,77 p. 100, ne présentaient aucune anomalie de conformation du côté des oreilles.

En outre l'auteur a constaté parmi ces ouvriers de nombreux cas de difformations diverses des dents (en tout 264 anomalies dentaires chez 184 sujets). Pourtant ces deux catégories d'anomalies ne concordent point, et le plus grand nombre d'anomalies auriculaires se trouvent parmi ceux qui ne présentent aucune anomalie du côté des dents, et vice versa.

L'auteur en conclut que certaines anomalies auriculaires considérées comme stigmates de dégénérescence, n'ont pas d'autre valeur que celle de simples particularités individuelles, ou d'anomalies du type anatomique de l'oreille, mais sans rapport manifeste avec les troubles mentaux.

Discussion. — W. Jakovenko fait remarquer que l'insuffisance quantitative des recherches de l'auteur n'autorise pas à en tirer des conclusions catégoriques. D'autre part il n'a pas été fait mention dans le travail de Worobieff sur les particularités psychiques des sujets examinés. — L. Minor pense que la combinaison des stigmates physiques et psychiques de dégénérescence n'est pas obligatoire chez le même individu. — W. Serbsky croit que les données de l'auteur permettent des conclusions inverses, à savoir qu'il existe beaucoup de dégénérés parmi la population ouvrière, d'apparence bien portante. — A. Bernstein ne croit pas logique d'opposer la population saine en général à celle des asiles d'aliénés, attendu que des deux côtés se trouvent également des dégénérés et des personnes non dégénérées. — W. Roth fait noter l'importance des photographies dans ce genre de recherches.

S. Nalbandoff. — *Un cas de myotonie familiale (maladie de Themsen), compliquée de tabès.*

N... présente deux frères, affectés de la maladie de Thomsen, chez lesquels la maladie est prononcée d'une façon très faible, de sorte qu'elle serait passée entièrement inaperçue, si l'aîné de ces deux frères ne s'était pas adressé à l'hôpital pour des symptômes tabétiques. Voici son observation succincte.

Georges E..., vingt-huit ans, bijoutier. *Père* alcoolique, *mère* morte de diabète. Le malade se disait toujours bien portant. Il y a huit ans, chancre avec tuméfaction indolore des glandes inguinales. Depuis un an remarque de l'ataxie dans les mouvements des membres inférieurs.

A l'examen on constate de l'ataxie manifeste, les signes de Romberg et de Westphall et des troubles de la sensibilité (hypoesthésie). En outre, symptômes manifestes de la maladie de Thomsen, dont le début se rapporte évidemment à l'âge de la première enfance. L'exécution des mouvements faibles ou d'intensité moyenne ne présente pas de difficultés, mais celle des mouvements énergiques ou forts est difficile ou impossible au début; à mesure que le mouvement s'exécute l'obstacle disparait. Un morceau du muscle gastrocnémien excisé et examiné sous le microscope montre, à côté de l'hypertrophie des noyaux, l'hypertrophie des fibres musculaires.

Le frère du malade, Michel E..., âgé de dix-huit ans, présente des symptômes plus prononcés de la myotonie. En effet, le malade accuse la même difficulté des mouvements au début dans les muscles de la face et notamment à la mastication et aux mouvements des globes oculaires.

L'analyse des urines a montré chez les deux malades une augmentation de créatinine et une diminution notable d'acide urique. Les mêmes symptômes de myotonie se retrouvent chez un troisième frère, interrogé par lettre. On a soumis à un examen médical deux autres frères de ces malades (les plus âgés), et on a constaté chez ceux-ci rien qu'une inégalité des pupilles, comme chez les deux malades, et chez l'un d'eux un bruit à la pointe du cœur, comme chez l'un des deux myotoniques.

L'auteur pense que la maladie de Thomsen est une affection congénitale.

Secrétaires des séances : A. BERNSTEIN, W. MOURAWIEFF.

Séance du 19 *février* 1899.

P. ROSSOLIMO. — *L'évolution récidivante de la polynévrite interstitielle hypertrophique progressive de l'enfance.*

Il s'agit d'une femme âgée de vingt-quatre ans, sans aucuns antécédents personnels (pas d'infections, ni d'intoxications), qui présente pour la troisième fois le même symptôme complexe, qu'à l'âge de douze ans et de vingt et un ans. La durée des deux premières atteintes fut de six mois. Le début de toutes les trois atteintes fut progressif, de même que la terminaison des deux premières fut graduellement régressive. Dans les intervalles, guérison presque complète. Les deux dernières récidives eurent lieu trois mois et demi et un mois respectivement après des couches normales (les grossesses furent également normales). Toutes les deux fois, les principaux phénomènes du côté des membres furent précédés d'une parésie de courte durée du nerf moteur oculaire externe du côté droit. L'affection consiste en une parésie à évolution progressive de tous les quatre membres avec ataxie, atrophie

musculaire, secousses fibrillaires (notamment dans les membres supérieurs); anesthésies légères dans les parties périphériques des membres; certaine *sensibilité* à la palpation des *troncs nerveux, notablement gonflés et durs*, et qui, aux membres supérieurs, présentent en outre des nodosités: ensuite disparition des réflexes tendineux, intégrité des organes pelviens, parfois inégalité pupillaire, allusion au signe d'Argyll Robertson, *nystagmus* horizontal dynamique, cypho-scoliose, pied varo-équin, avec orteils en griffe et plantes voûtées.

M. Rossolimo fait le diagnostic de la forme de Déjerine, de névrite interstitielle, avec faible tendance à la généralisation et participation du nerf moteur oculaire externe, ayant déterminé les phénomènes dégénératifs subaigus; les deux dernières récidives sont dues à l'auto-intoxication puerpérale.

Discussion. — Le professeur Roth, qui a vu et examiné deux malades de Déjerine, trouve que chez la malade, présentée par Rossolimo, les troncs nerveux se comportent quelque peu autrement à la palpation : chez ceux-là notamment ils sont seulement plus consistants, plus durs, peut-être aussi un peu gonflés. Du côté clinique, la forme de Déjerine se distingue par son évolution progressive plus accusée, et les malades présentent des antécédents héréditaires. — Prennent part à la discussion en outre MM. le professeur Kojewnikoff et Moltschanoff.

W. Iakowenko. — *La régularité du processus d'accroissement des aliénés dans la population du gouvernement de Moscou, d'après le recensement de* 1893.

En 1893 il fut procédé au recensement de tous les malades aliénés du gouvernement de Moscou. Tous ces malades furent visités et examinés dans leurs domiciles par des médecins aliénistes; les résultats de l'examen et de l'interrogatoire subis par l'entourage des malades furent enregistrés sur des feuilles spéciales, d'après un programme uniforme, très détaillé et établi d'avance. Le nombre d'aliénés, relevé dans cette statistique, fut de 2.026, dont 1.174 hommes et 852 femmes.

Quand on groupe ces malades d'après *la durée ascendante de leur affection* mentale, on obtient le tableau suivant qui indique, par période de dix ans, la période à laquelle remonte leur affection, et le nombre des malades se rapportant à chacune de ces périodes décennales :

Il résulte de ce tableau que d'après la durée de l'affection le nombre des malades subit une progression décroissante, dont le dénominateur est de 0,5. Un tel groupement n'est pas, selon toute vraisemblance, l'effet d'un simple hasard de combinaison des chiffres, mais constitue plutôt l'expression *de la loi de l'accroissement des aliénés.* Une pareille analogie s'observe dans

la loi d'accroissement de la population saine d'après l'âge, exprimé également en périodes décennales, et où on voit également dans les tableaux synoptiques dressés par divers pays, un groupement

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
	P. 100.	P. 100.	P. 100.
1893-1884	601 ou 51,1	418 ou 49,1	1.019 ou 50,29
1883-1874	319 — 27,1	223 — 26,1	592 — 26,75
1873-1864	146 — 12,4	111 — 13,0	257 — 12,68
1863-1854	77 — 6,5	49 — 5,7	126 — 6,21
1853-1844	27 — 2,3	37 — 4,3	64 — 3,10
1843-1839 . . . . . (Période de cinq ans.)	0,3	14 — 1,6	18 — 0,88
Total	1.174	852	2.026

régulier d'après une progression décroissante à dénominateur de 0,8.

En déterminant d'après le dénominateur décennal, le dénominateur annuel de la somme restante annuelle [d'après les formules : $a + ax + ax^2 + ax^3 + \dots ax^9 = A$; $ax^{10} + ax^{11} + \dots ax^{19} = \frac{A}{2}$; d'où $\frac{a - ax^{10}}{1 - x} = \frac{2(ax^{10} - ax^{20})}{1 - x}$; $x = \sqrt[10]{1/2} = 0,93302$], et en comparant les sommes restantes ainsi calculées avec les restantes réelles, l'auteur a trouvé que la différence entre ces deux ordres de chiffres ne dépasse pas en moyenne 1,34 p. 100.

Reste à déterminer l'expression de la même loi pour d'autres districts russes et pour d'autres pays, où la progression peut être naturellement différente. Ces tableaux pourront servir pour déterminer également la mortalité et la curabilité des aliénés (par comparaison avec les tableaux d'accroissement de la population et autres données bien déterminées).

Discussion. — M. Tokarsky croit que des facteurs étiologiques accidentels peuvent, en influençant le nombre des malades (en plus ou en moins), affaiblir considérablement la valeur absolue de la formule de l'auteur. — M. Korniloff pense qu'avec l'amélioration des conditions matérielles des asiles, la longévité des aliénés doit sensiblement augmenter, ce qui nécessairement doit modifier le coefficient de la formule. — M. le professeur Kojewnikoff croit également que le coefficient de la formule sera modifié par l'augmentation de la curabilité des affections mentales. Il reconnaît pourtant la grande importance pratique de la formule proposée

par M. Jakowenko. — Des observations ont été faites en outre par MM. Boutzke, Postowsky et Worobieff.

T. Rybakoff. — *Sur les altérations du système nerveux central dans les paralysies saturnines.*

En introduisant des préparations saturnines chez les cobayes et les lapins, l'auteur a obtenu des phénomènes paralytiques très accusés d'abord dans les membres postérieurs, ensuite dans les membres antérieurs de ces animaux. La durée de l'intoxication, auxquels ceux-ci furent soumis, variait entre cinq et soixante jours. A l'examen microscopique on trouve des altérations manifestes dans les cellules des cornes antérieures. Le corps des cellules parait homogène ou granuleux, la substance chromatophile disparait souvent, à la périphérie ou même dans tout le corps cellulaire; dans les cas plus graves (plus longue durée de l'intoxication) on voit des vacuoles apparaître à l'intérieur des cellules, principalement à la périphérie, vacuoles de volume et de nombre variables. En outre on constate une hyperémie de la substance grise de la moelle. Les nerfs périphériques restèrent indemnes dans presque la moitié des expériences. Dans les autres cas on trouva des phénomènes de névrite plus ou moins accusés, de caractère segmentaire.

M. Rybakoff penche à croire que les cellules médullaires sont les éléments les plus sensibles à l'intoxication saturnine, et dans la plupart des cas c'est dans leur altération qu'il faut chercher la cause des phénomènes paralytiques.

Discussion. — M. Minor, en se basant sur un cas ancien, examiné anatomiquement, admet que la paralysie saturnine relève de la polynévrite. — M. Soukhanoff estime que les altérations expérimentales qu'on observe chez les animaux ne sont pas obligatoires chez l'homme. — M. Moltchanoff regrette que M. Rybakoff n'ait pas suivi dans ses expériences le processus de la régénération des cellules. En outre, ses propres expériences lui font croire que le nombre de vacuoles reste le même, sur des préparations traitées par le formol. — M. Korniloff croit que les altérations du système nerveux peuvent également relever de la cachexie générale et par conséquent être consécutives, secondaires. — M. Mouravieff dit que les altérations du système nerveux peuvent varier d'une espèce animale à l'autre. — M. Versiloff a trouvé une chromatolyse légère périphérique comme phénomène normal chez des pigeons bien portants. — Des observations ont été faites en outre, par M. le professeur Kojewnikoff et M. Savey-Mogilevitch.

Secrétaires des séances : W. Mouravieff ; N. Versiloff.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 26 juin 1899. — PRÉSIDENCE DE M. J. VOISIN.

Présentation d'un exhibitionniste.

M. MAGNAN. — Je vous demande la permission de vous présenter un malade, un *exhibitionniste*, chez lequel *l'exhibitionnisme* affecte certains caractères différents de ceux que l'on observe habituellement dans les cas de ce genre.

L'exhibitionniste, vous le savez, est un dégénéré syndromique qu'envahit par accès paroxystiques l'idée obsédante d'exposer les organes génitaux aux regards des femmes. Très lucide, se rendant compte de l'absurdité et du caractère délictueux de l'acte, il résiste d'abord, lutte contre cette idée qui, en raison même de la résistance, devient plus pressante, plus impérieuse et fait naître un état de malaise de plus en plus pénible, accompagné de palpitations, de serrement, de barre épigastrique et d'une angoisse si profondément douloureuse qu'elle finit par devenir irrésistible. L'acte accompli, tout se calme, il ne reste plus qu'un grand soulagement, une grande satisfaction. Il ne s'agit ici que des vrais *exhibitionnistes*, il n'est point question des déments séniles, des paralytiques généraux, des déments avec lésion circonscrite, etc., qui sans nulle conscience se livrent à l'étalage génital.

Chez notre malade l'idée obsédante est continue, permanente, c'est une sorte de besoin dont le malade ne peut s'affranchir, qu'il subit, sa volonté n'ayant pas suffisamment d'énergie pour lutter et résister. Aussi n'y a-t-il pas d'accès paroxystiques, mais le sujet toujours prêt à s'exhiber succombe à la première occasion favorable.

Voici l'histoire du malade :

T... est un dégénéré, fils d'une mère nerveuse dont la sœur est hystérique il présente une notable asymétrie faciale. Toutefois, dans son enfance, aucun trouble pathologique ne faisait prévoir les perversions intinctives constatées plus tard.

A quinze ans, il commence à se livrer à l'onanisme et pendant deux ans il s'y adonne sans la moindre réserve.

A dix sept ans, il s'exhibe pour la première fois ; il était, dit il, occupé à dresser des pierres pour repasser les instruments, quand il aperçoit la bonne de la maison, il met hors du pantalon ses organes génitaux plutôt pour rire, dit-il, et tout en continuant à travailler, les étale au grand jour au moment où la jeune fille

passe près de lui. Celle-ci l'interpelle vertement et continue son chemin.

Il regrette aujourd'hui, dit-il, qu'elle ne l'ait pas fait arrêter cette première fois, une leçon sévère l'eût peut-être corrigé à ce moment où l'habitude n'était pas encore prise et eût prévenu, croit-il, la série de déplorables mésaventures qu'il a eu à subir. Quoi qu'il en soit, il passe plusieurs mois sans renouveler l'acte.

Quelque temps après il a pour la première fois des relations sexuelles avec une femme, mais sans grande satisfaction, affirme-t-il.

L'année suivante, âgé de dix-huit ans, il commence à éprouver d'une façon obsédante le désir de s'exhiber; tout d'abord, il se fait voir de loin, mais peu à peu il perd toute retenue et se montre dès qu'il se trouve à portée d'une femme.

Dès cette époque 1879, il est condamné à un mois de prison pour outrage public à la pudeur, il s'était masturbé devant une femme au marché du Temple.

Cette condamnation n'enraya en rien ses tendances exhibitionnistes; peu de temps après sa sortie de prison, il recommença et renouvela fréquemment l'acte, passant rarement un mois sans exhibition.

En 1885, il est condamné à six mois de prison; il s'était arrêté dans la rue et avait exposé ses organes génitaux aux regards de deux femmes qui étaient accoudées à une fenêtre; le mari de l'une d'elles et le concierge le firent arrêter.

En 1888, il subit une troisième condamnation, cette fois à treize mois de prison, il s'était exhibé devant des jeunes filles.

En 1893, il est condamné à quinze mois de prison, il s'était posté à une porte du marché du Temple, la verge pendante hors du pantalon.

L'année suivante, il se marie espérant trouver là une sauvegarde pour l'avenir; il épouse une jeune fille pour laquelle il éprouvait, dit-il, une vive affection. Ses relations conjugales sont normales; deux enfants naissent dans les trois premières années du mariage, mais malgré l'attrait de la famille, les satisfactions que lui procure son intérieur, le besoin de s'exhiber n'en persiste pas moins et de temps à autre il recommence ces pratiques étranges. Non seulement il va s'exhiber au dehors, mais deux fois, il n'a pu s'empêcher d'exposer son organe viril aux regards des amies de sa femme en visite chez lui.

En 1895, il se fait encore arrêter après s'être exhibé, mais il est l'objet d'un non-lieu après examen médico-légal et il est envoyé à l'asile Sainte-Anne.

En 1896, nouvelle arrestation dans le département de l'Yonne; après un examen médico-légal il est placé à l'asile d'Auxerre.

Cette dernière aventure provoque de la part de la femme une

demande en divorce. Désolé de ne pouvoir se rendre maître de ces dispositions obsédantes, honteux et découragé, il fait une tentative de suicide. Il avait déjà en 1879, lors de sa première condamnation, essayé de se pendre dans sa cellule.

Le 2 novembre 1898, une dame D... vient déclarer au commissaire de police du quartier des Arts-et-Métiers qu'étant assise sur un banc placé dans le square du Temple, elle a vu un individu assis à côté d'elle montrer ses parties sexuelles à des enfants qui jouaient aux environs. Quand il se voyait observé, dit-elle, cet individu cachait sa nudité avec un journal. Quand il a vu arriver le garde du square que j'étais allé prévenir, cet homme a pris la fuite.

D'autre part, Mme S... dépose qu'elle a également vu l'individu assis sur le banc dans le suare du Temple, montrer ses parties sexuelles à des enfants qui jouaient à proximité. Cet individu qui lisait un journal a placé ce journal sur son pantalon déboutonné quand il a vu que nous l'observions.

Le 10 février 1899, Mme D... passant au square du Temple aperçoit l'exhibitionniste du mois de novembre dernier et le fait arrêter; c'était T... En même temps une jeune fille Mlle L... se présente au commissariat et fait la déclaration suivante : « Je suis envoyée par le garde du square du Temple à qui je me suis plainte qu'un individu m'avait fait voir ses parties sexuelles aujourd'hui à une heure du soir.

« Voici comment le fait est arrivé. Passant dans le square du Temple, j'ai reconnu un individu qui, l'an dernier me poursuivait dans le même square en cherchant à me faire voir ses parties. N'étant pas bien sûre de le reconnaître, je me suis assise sur un banc et je ne regardai plus cet homme qui, cinq minutes après, vint s'asseoir près de moi, déboutonna sa brayette et, malgré moi, j'aperçus toute sa nudité. J'allais aussitôt chercher un agent, mais à mon retour l'individu avait disparu. »

Mise en présence de T... elle le reconnaît immédiatement et celui-ci raconte alors au commissaire sa triste odyssée.

Sur les instances de la mère mandée au commissariat, T... est laissé libre, mais celle-ci munie d'un certificat médical le place à l'asile Sainte-Anne où sur ordonnance du juge d'instruction, il devient l'objet d'une enquête médico-légale.

T... est très attristé et très affecté de ce qui lui est arrivé, il raconte qu'il n'y peut rien, que le besoin de se montrer est chez lui continu, permanent, que parfois le désir est plus fort, mais que si un obstacle, la présence d'un agent par exemple, l'empêche d'accomplir l'acte, il attend l'occasion sans éprouver de grands malaises, sans spasmes ni palpitations, il peut même aller prendre un repas sans avoir donné satisfaction au besoin d'exhibition. Il n'a pas habituellement d'érection dans l'exhibition et ne recherche

pas d'ordinaire des femmes qui lui plaisent. Dans quelques cas rares, il s'est onanisé et parfois l'éjaculation est survenue sans érection. Ce besoin d'exhibition ne s'accompagne pas, d'ailleurs, du désir de copulation ; il ne cherche pas à séduire la femme et ce ne serait pas là, dit-il, un moyen de lui plaire. Il ne recherche pas non plus l'orgasme sexuel puisqu'il n'entre pas en érection et qu'il n'a pas de pollution, mais son désir est d'attirer l'attention de la femme, de voir les regards de celle-ci dirigés sur ses organes et quand elle paraît prendre plaisir à ce spectacle, il en est heureux et éprouve une très grande satisfaction. Cette jouissance a un attrait qu'il ne peut comparer, dit-il, aux relations conjugales qui ne sauraient l'empêcher de s'exhiber. D'ailleurs, c'est préférable, ajoute-t-il, aux rapports intimes avec les femmes, qui épuisent et ne peuvent se répéter que deux ou trois fois, tandis que je puis dans une après-midi, me montrer huit, dix fois et davantage, toujours avec le même plaisir.

Ce besoin étrange occupe tellement sa pensée que dans ses rêves il se voit parfois s'exhibant devant des femmes qui le regardent et souvent, contrairement à ce qui se passe à l'état de veille, il a une érection suivie de pollution.

Pour se montrer, il lui est arrivé parfois de quitter le travail ; mais habituellement il profite des heures de repos pour s'exhiber. Il va d'habitude dans une promenade, dans un square, s'assied sur un banc déjà occupé par une ou plusieurs femmes, il déplie un journal, lie conversation avec sa voisine sur des banalités, déboutonne le pantalon, sort ses organes et s'arrange, dit-il, de façon à ce que la femme puisse le bien voir. Si quelqu'un approche, il laisse retomber sur ses cuisses le journal qui cache tout.

Parfois il se promène les organes sortis, recouverts par son pardessus et quand il passe à côté d'une femme, rapidement il entr'ouvre les basques de son vêtement.

Sans qu'il choisisse précisément ses spectatrices, il s'adresse de préférence aux femmes qui paraissent devoir être disposées à plaisanter, les bonnes, les ouvrières ; une femme avec un enfant lui inspirerait plus de retenue ; il ne se montre pas habituellement aux petites filles, mais parfois il s'adresse aussi bien aux vieilles qu'aux jeunes, aux laides qu'aux jolies, sans avoir jamais dans ces circonstances, le désir de relations sexuelles. « Chez moi, dit-il, tout cela est *idéal* puisque ça ne me fait rien du côté des organes génitaux et que je n'ai pas d'érection. » C'est, en effet, un perverti sexuel *psychique, un cérébral antérieur*.

Nous ne trouvons pas chez T... l'accès paroxystique des exhibitionnistes ordinaires avec l'obsession, la lutte, la résistance, l'angoisse douloureuse, l'irrésistibilité de l'impulsion, chez lui c'est une obsession continue, une sorte de besoin qui l'obsède mais qui n'atteint pas l'impulsion irrésistible; toutefois, l'acte

s'accomplit mais par faiblesse de la volonté qui, sans nulle énergie, laisse le malheureux à la merci de la moindre occasion qui se présente.

Notre rapport qui a été suivi d'un non-lieu se terminait par les conclusions suivantes :

1° T... est un dégénéré en proie à des perversions de l'instinct sexuel ;

2° C'est sous l'influence d'une obsession morbide que ne peut enrayer une volonté sans énergie, qu'il exhibe ses organes génitaux pour attirer les regards des femmes ;

3° T... n'est pas responsable de l'outrage public à la pudeur qui lui est reproché, mais son état mental exige la continuation du traitement dans l'asile d'aliénés où il est actuellement interné.

M. Arnaud demande quelle différence il y a au point de vue psychique, entre cet exhibitionniste qui présente sa verge à l'état flasque et les autres qui se montrent ordinairement en érection ?

M. Magnan. — Celui-ci ne recherche aucune sensation tandis que les autres sont des *frotteurs*. L'idée de s'exhiber ne s'accompagne pas comme chez lui d'angoisse.

Présentation de pièces anatomiques.

M. Doutrebente présente un crâne d'idiot, mort à vingt ans avec tous les caractères de l'infantilisme. Les sutures ne sont pas ossifiées, ce qui prouve l'inutilité des opérations tentées pour obtenir le développement du cerveau par la distension de la boite cranienne.

Paralysie générale juvénile.

M. Toulouse communique l'observation d'une jeune fille considérée comme épileptique depuis son enfance jusqu'à l'âge de dix-neuf ans et qui, à cet âge, a présenté de l'affaiblissement intellectuel, de l'embarras de la parole et de l'inégalité pupillaire ainsi que des accès épileptiformes en série. Quelques mois après elle succombait et on trouvait à l'autopsie des lésions que M. Toulouse attribue à une paralysie générale juvénile. Pour lui la paralysie générale juvénile est plus fréquente qu'on le suppose. Il croit que bien des cas considérés comme de la démence précoce chez les épileptiques ne sont que des formes méconnues de paralysie générale.

M. Arnaud. — Avant d'étendre le domaine de la paralysie générale, il conviendrait de la délimiter exactement au point de vue histologique. Au point de vue clinique la malade de M. Toulouse se présente jusqu'à l'âge de dix-neuf ans avec tous les caractères de l'épilepsie classique sans aucun signe de paralysie générale. Puis, brusquement, elle manifeste tous les symptômes de la para-

lysie générale et meurt trois mois après et cependant les lésions histologiques seraient celles d'une vieille méningo-encéphalite diffuse. Il n'y a donc pas de concordance entre les faits cliniques et l'autopsie. Il ne croit pas qu'il s'agisse de paralysie générale juvénile.

M. Toulouse. — Avant de délimiter le domaine de la paralysie générale, il convient de connaître toutes les variétés. Je n'ai fait d'ailleurs qu'émettre une hypothèse et je demande quel diagnostic il conviendrait d'appliquer.

M. Arnaud. — Si la paralysie générale est encore dans une période d'évolution, au point de vue de l'histologie, la clinique en est faite. Le diagnostic, qui semble s'appliquer le mieux à l'observation présentée, est celui d'une démence précoce chez une épileptique.

M. Toulouse ne pense pas que l'histologie de la paralysie générale soit en voie d'évolution. Ce qui lui fait croire que sa malade est bien une paralytique générale, c'est qu'elle avait des accès en série, qu'on ne rencontre pas chez les épileptiques et qui sont fréquents dans les cas s'accompagnant de lésions organiques.

M. Doutrebente n'a observé au contraire les accès en série que dans l'épilepsie essentielle. Ils sont relativement rares dans la paralysie générale.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

Séance du 6 juillet 1899. — Présidence de M. A. Joffroy.

M. le professeur Joffroy ouvre la séance en donnant un aperçu des travaux qui ont été accomplis en France et à l'étranger depuis près d'un demi-siècle, dans la neuro-pathologie. Il estime que l'héritage laissé par Charcot et Duchenne (de Boulogne) doit fructifier entre les mains de leurs élèves et de tous ceux qui s'intéressent à l'étude des maladies du système nerveux.

Surdité verbale pure, de nature hystérique.

M. Raymond montre deux jeunes filles, de vingt et de quinze ans, qui sont atteintes de *surdité verbale pure*, elles ne comprennent absolument pas la parole; elles entendent les sons, l'ouïe est normale, mais la signification des mots leur échappe. La plus âgée est

dans cet état depuis neuf ans, la plus jeune depuis dix mois. L'une est fille d'épileptique, a un frère aliéné; l'autre n'a pas d'antécédents névropathiques; toutes les deux ont des stigmates hystériques.

Quelle est donc la nature de cette surdité verbale?

Charcot croyait que l'aphasie hystérique n'existait pas. Pourtant il admettait que le mutisme n'était en somme qu'une forme d'aphasie. Comment expliquer alors la surdité de ces deux jeunes filles? Aucune lésion organique ne la justifie : seule l'hystérie paraît en cause, l'opinion de Charcot est trop absolue. Dès lors, il ne faut plus répéter que l'hystérie est impuissante à créer la surdité verbale pure.

M. Gilles de la Tourette demande si ces deux malades sont sujets à la suggestion.

M. Raymond. — Ces malades n'ont jamais été hospitalisés précédemment, aucune suggestion ne paraît avoir été faite. La plus jeune a eu, dans son enfance, une otite; cette affection l'effraya; la crainte d'une opération fit que quelques jours après, elle présenta les premiers stigmates hystériques : les crises convulsives.

Du phénomène des orteils dans l'épilepsie.

M. M.-J. Babinski. — Dans le dernier travail que j'ai publié sur le phénomène des orteils j'ai rapporté un cas d'épilepsie jacksonnienne où ce phénomène avait été constaté immédiatement après la crise, du côté qui était le siège dse mouvements convulsifs, tandis qu'en dehors des crises, le réflexe cutané plantaire était normal. J'ai observé depuis des faits analogues.

Tout récemment, chez une malade atteinte de néoplasme intracrânien et sujette à des actes caractérisés par quelques mouvements convulsifs généralisés par une perte de la connaissance, de l'incontinence de l'urine et des matières fécales, j'ai noté pendant une crise, outre une abolition de réflexe anal. le phénomène des orteils des deux côtés, tandis que les réflexes tendineux ne présentaient pas de modification; un quart d'heure environ après le début de la crise, la malade ayant repris connaissance. le réflexe anal avait reparu et le réflexe cutané plantaire était redevenu normal.

J'ai observé aussi le signe en question au moment de la crise pendant un espace de temps d'une durée plus ou moins longue, chez les individus sujets à des crises d'épilepsie dite, idiopathique, et chez lesquels le réflexe cutané plantaire était normal en dehors des crises.

Le signe des orteils dans les cas de ce genre est tantôt unilatéral, tantôt bilatéral; il est parfois accompagné de l'exagération des réflexes tendineux et de trépidation épileptoïde du pied, ainsi que de l'abolition du réflexe anal.

Dans l'hystérie, pendant les attaques, ainsi qu'en dehors des attaques le phénomène fait constamment défaut. Il en résulte que la constatation de ce signe pendant une crise chez un sujet dont le réflexe cutané plantaire est normal en dehors des crises, permet d'écarter l'hypothèse d'attaque hystérique et pourrait, dans un cas douteux, servir à établir le diagnostic d'épilepsie. Je dois ajouter que l'absence de ce signe ne prouverait pas que l'épilepsie n'est pas en cause car le phénomène des orteils peut faire défaut dans les crises épileptiques.

Traitement chirurgical de la méralgie paresthésique.

M. Souques. — La méralgie paresthésique étant le plus souvent rebelle à tout traitement médical et quelques guérisons consécutives à la résection du nerf fémoro-cutané ayant été publiées par plusieurs auteurs, M. Souques a essayé ce traitement sur sa malade âgée de 20 ans, qui souffrait d'une méralgie paresthésique occasionnée par un travail excessif.

M. Mauclaire fit la résection du fémoro-cutané ; les suites opératoires furent parfaites. Le nerf examiné histologiquement était sain. Comme c'était à prévoir, l'anesthésie augmenta et dessina exactement la zone du fémoro-cutané. Dix jours après l'opération, la malade put se lever, marcher sans éprouver de douleurs, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant. M. Souques comptait donc présenter ce cas à la Société de neurologie comme un exemple de guérison de la méralgie paresthésique, après une résection du fémuro-cutané, mais il apprend maintenant que depuis trois jours, quelques légères crises douloureuses sont survenues; mais elles le sont beaucoup moins que les anciennes. Le traitement chirurgical donne donc d'excellents résultats, non une guérison complète dans ce cas, mais une amélioration très notable.

Claudication intermittente douloureuse.

M. Brissaud rapporte l'observation d'un homme de lettres, russe, âgé de soixante ans, goutteux, migraineux, gros mangeur, fumeur et buveur. Il y a deux ans il fut atteint d'une sciatique gauche dont il sembla guéri deux mois après. Puis, survint une nouvelle douleur d'un caractère tout différent ; elle avait pour siège le nerf fémoral cutané gauche, était superficielle, épidermique, et se trouvait exaspérée par le frottement ; de plus, elle était nettement intermittente et subordonnée à la marche : régulièrement, vingt minutes de marche la provoquaient : pour la faire disparaître, un arrêt de dix minutes était nécessaire et suffisant. Si le malade se remettait à marcher, la douleur reparaissait au bout de vingt minutes, pour disparaître après dix nouvelles

minutes de repos, et ainsi de suite. Depuis quinze mois l'état est le même qu'au premier jour.

Au niveau du membre atteint, on constate une légère atrophie musculaire. M. Brissaud pense qu'il s'agit d'une artérite goutteuse qui détermine une forme spéciale de claudication intermittente; en effet, il n'y a ici ni boiterie, ni crampe, ni engourdissement; le phénomène unique consiste en une douleur superficielle strictement cantonnée dans le domaine du fémoro-cutané.

M. Gilles de la Tourette a observé un cas analogue, et il demande à M. Brissaud combien de temps après le début de la claudication est survenue l'atrophie.

M. Brissaud répond que l'atrophie est survenue quinze mois après.

Suites éloignées de la résection du sympathique dans l'épilepsie essentielle.

M. Souques. — Le traitement de l'épilepsie essentielle par la résection du sympathique est à l'ordre du jour; ce traitement est-il suivi de guérison ou au moins d'amélioration, la question est délicate. Voici un cas qui pourra servir à la résoudre. Un homme de quarante-trois ans, épileptique avéré, subit il y a six mois la résection du sympathique; les crises cessèrent, puis reparurent; à l'heure actuelle, elles sont aussi fréquentes et aussi intenses qu'antérieurement à l'opération.

M. Déjerine. — Cette opération vantée contre l'épilepsie, paraît inutile, car elle n'a jamais donné de résultats indiscutables; et dangereuse, car la résection des sympathiques, est toujours suivie de troubles trophiques, surtout chez les sujets jeunes [1].

Hématomyélie compliquant une section médullaire.

M. Déjerine. — Le malade qui fait l'objet de cette communication, me paraissait au premier examen banal de paraplégie complète: perte absolue de la motilité, de la sensibilité des réflexes dans les membres inférieurs; un traumatisme, capable d'avoir sectionné la moelle, expliquait ces symptômes. Mais en outre existait sur la moitié droite du thorax, et sur la face interne du bras droit, une dissociation syringomyélique de la sensibilité. Ce fait assez difficile à comprendre, fut expliqué par l'autopsie. La section siégeait au niveau de la première lombaire; au-dessus de cette section, le canal central était dilaté et formait une cavité qui, à partir de la 9e paire dorsale, avait détruit complètement la

[1] Les deux cas que nous connaissons sont également défavorables à cette opération. (B.).

corne postérieure droite ; cette lésion persistait dans toute la hauteur de la colonne dorsale et diminuait peu à peu pour disparaître au niveau de la 7e paire cervicale.

La dissociation syringomyélique de la sensibilité était donc expliquée par ce fait ; mais ce qui est à remarquer, c'est que la distribution de l'anesthésie était la même que celle qui serait résultée d'une lésion radiculaire.

M. Brissaud. — Cette lésion des fibres radiculaires existe peut-être ; le refoulement produit par l'hématomyélie et la compression qui en résulte rendent cette supposition légitime.

M. Déjerine. — L'examen histologique ne permet pas de croire que ce refoulement ait été assez énergique pour comprimer les fibres radiculaires.

Hémiplégie gauche et paralysie alterne de la sensibilité.

M. Ballet. — Il est assez difficile de localiser une lésion protubérantielle. Un homme est atteint d'une hémiparésie gauche avec intégrité des mouvements de la face ; une anesthésie complète à la douleur et à la chaleur avec conservation du tact existe à droite. Ces deux ordres de symptômes feraient songer à un syndrome de Brown-Séquard traduisant une lésion de la moitié gauche de la moelle cervicale. Une paralysie alterne de la sensibilité indique une lésion dans la région supérieure de la protubérance, lésion intéressant la bandelette de Reil et le trijumeau. Mais cette lésion ainsi localisée n'explique pas les troubles de la moitié du bras et de la jambe gauche. Faut-il supposer une lésion unique intéressant la bandelette de Reil et le trijumeau, d'une part, ou ayant gagné le faisceau pyramidal, d'autre part, ou faut-il admettre deux lésions distinctes ? Le problème est très probablement insoluble.

Délire toxique avec crises épileptiformes causées par le sulfate de cinchonidine.

M. Ballet. — Mme X..., atteinte de névralgies, prit dernièrement un cachet de 75 centigrammes de sulfate de quinine ; quelques heures après elle eut une crise épileptiforme, suivie d'hallucinations visuelles. Ce délire si manifestement hallucinatoire ne pouvait être qu'un délire toxique. Il restait un second cachet ; on en fit l'analyse et on trouva du *sulfate de cinchonidine*. D'où il suit que l'ingestion de ce sel a été la cause du délire observé.

Considérations cliniques sur l'avenir des convulsifs infantiles.

M. Dufour. — De l'étude de soixante-six cas, il tire les conclusions suivantes : 1° Les convulsions infantiles du premier âge sont

d'origine épileptique; — 2° Elles ne se rencontrent pas chez les hystériques non entachés d'épilepsie; — 3° Tout convulsif infantile est toujours disposé à réagir de façon épileptique à l'occasion des causes multiples au nombre desquelles l'intoxication et l'infection jouent le principal rôle ; — 4° Pratiquement, la présence des convulsions infantiles dans le cas de difficulté de diagnostic entre l'épilepsie et l'hystérie doit faire admettre le diagnostic d'épilepsie; — 5° Chez les convulsifs infantiles, la thérapeutique doit s'attacher, plus que chez d'autres, à écarter toute infection, intoxication ou auto-intoxication pour éviter cette réaction épileptique.

L'absence des convulsions infantiles dans le passé des hystériques, même convulsifs, peut s'expliquer par ce fait que l'émotion, qui est à la base des paroxysmes hystériques, manque à peu près totalement dans le jeune âge.

M. Marie admet que les conclusions de M. Dufour sont en partie légitimes : 75 à 80 p. 100 des épileptiques ont des convulsions pendant leur première enfance. Mais M. Dufour croit que ces convulsions sont déjà de nature épileptique. M. Marie ne partage pas cette opinion. Ces convulsions résultent d'une infection ou d'une intoxication ayant lésé plus ou moins les cellules cérébrales, et c'est le reliquat de cette lésion qui, ultérieurement, créera l'épilepsie. Il y a, certes, une épilepsie essentielle, héréditaire; mais les exemples en sont beaucoup plus rares qu'on ne le croit. Souvent l'épilepsie a été créée par accident, par une action sur les cellules corticales d'une infection ou d'une intoxication pendant l'enfance.

M. Hoddo cite à l'appui de l'opinion de M. Marie le cas suivant : un enfant ayant subi une infection grave eut des convulsions, puis mourut. On trouva, à l'autopsie, des lésions manifestes des cellules pyramidales des zones motrices.

M. Joffroy trouve considérable le rôle de l'hérédité. Il est prouvé par la fatalité, qui pèse si lourdement sur la descendance des épileptiques ; il est encore prouvé par cette prédisposition si spéciale qu'il faut admettre pour expliquer pourquoi certains intoxiqués par l'absinthe ou par d'autres poisons réagissent suivant le mode épileptique, alors que d'autres supportent sans inconvénient des doses doubles ou triples des mêmes poisons. A côté des épilepsies accidentelles, il y a toujours l'épilepsie héréditaire.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Neuvième séance annuelle (Lundi 10 juillet 1899). — Présidence de M. Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière.

Traitement psychothérapique des impulsions chez les aliénés.

M. Stadelmann (de Wurtzbourg) rapporte l'observation d'un malade atteint de dégénérescence mentale et dont l'obsession était caractérisée par de la pyrophobie. Le malade avait tellement peur du feu qu'il se sentait obligé d'enterrer les bouts de cigarettes, les débris d'allumettes, et qu'il vivait dans une anxiété profonde à l'idée qu'il aurait pu mettre le feu. Après quinze jours de traitement la guérison a été complète ; elle s'est maintenue depuis treize mois.

Incontinence d'urine et suggestion pendant le sommeil naturel.

M. Paul Farez rapporte l'observation d'un jeune garçon de cinq ans et demi atteint d'incontinence d'urine et guéri par la suggestion pendant le sommeil naturel. Celui-ci est un état passif que nous n'avons pas besoin de produire et que la nature nous offre tout réalisé. Il faut se décider à en tirer parti, toutes les fois que le sommeil hypnotique n'aura pas été accepté par la famille, ou que, après avoir été accepté par cette dernière, il n'aura pas pu être obtenu par le médecin. La suggestion pendant le sommeil naturel est donc une sorte de succédané de la suggestion hypnotique ; sans doute elle comporte une technique plus délicate, mais le domaine en est plus étendu et l'efficacité tout aussi grande.

Un curieux cas d'incontinence urinaire spasmodique pendant le coït.

M. Paul Farez. — Une femme mariée, mère de famille, âgée de 30 ans, laisse échapper inconsciemment cinq ou six petits jets d'urine, lors des coïts accompagnés de spasme vénérien et au moment même où ce spasme survient. C'est qu'alors les contractions des muscles droits de l'abdomen agissent directement sur une vessie distendue et forcent l'urine à s'échapper sous forme de jets synchrones à ces mêmes contractions musculaires. Cette femme est hystérique ; elle est atteinte de bégaiement urinaire, c'est-à-dire que, par une sorte d'inhibition psychique, elle ne peut vider sa vessie avant de se coucher, à cause de la présenee de son mari. Grâce à l'hypnotisme, j'ai combattu cette phobie, obtenu la déplétion de la vessie avant chaque coït et renforcé par suggestion

l'action constrictive du sphincter vésical pendant le rapport. Il y a de cela quinze mois et, depuis, cette incontinence n'a pas reparu une seule fois.

Applications thérapeutiques de l'aimant.

M. Paul Joire (de Lille). L'application des aimants détermine des effets qui ne peuvent être le résultat ni d'une suggestion faite par l'opérateur, ni d'une auto-suggestion du sujet. Sans doute, on peut, par suggestion, obtenir le transfert d'une paralysie ou d'une contracture, comme on peut aussi guérir ces affections par suggestion. Mais, pour qu'il y ait suggestion, il faut que le malade sache et comprenne ce qui doit arriver; pour qu'il y ait auto-suggestion il faut qu'il craigne ou qu'il désire l'objet de la suggestion. Or, quand chez un malade, atteint, par exemple, de la paralysie d'un membre, on applique l'aimant sur le membre sain, le malade, par suggestion, pourra bien faire disparaître la paralysie, mais il ne la fera point passer dans le membre sain. Il ne peut pas penser que l'on commence par déplacer son mal, ce qui, à ses yeux ne le guérit pas; il ne peut pas le désirer. Donc, quand ce phénomène se produit, il y a autre chose que la suggestion. Il existe donc une action spéciale de l'aimant sur le système nerveux. M. Joire rapporte plusieurs observations de crises douloureuses, rebelles aux diverses médications, et qui ont pris fin dès l'application de l'aimant. Si l'on ajoute que ces applications de l'aimant ont été faites chez des personnes peu sensibles aux procédés hypnotiques ou présentant une grande résistance à la suggestion, on se rendra compte de l'utilité de ce moyen thérapeutique.

Phobies neurasthéniques traitées par auto-suggestion.

M. Lépinay rapporte une série de phobies qu'il a observées sur un homme de trente ans, telles que la peur de traverser les places, de cheminer seul, de regarder par une fenêtre, etc. Ces phobies étaient venues à la suite d'un accident de voiture et résistèrent à différents traitements. Le malade se traita par auto-suggestion; par l'entraînement méthodique de sa volonté et par des exercices variés, il put bientôt recouvrer graduellement toutes ses facultés et vaincre ses différentes phobies. Il procéda à son traitement comme s'il avait reçu la suggestion d'autrui.

Tic nerveux traité avec succès par la suggestion hypnotique.

M. Vlavianos (d'Athènes), rapporte le cas d'une malade atteinte depuis trois ans et demi, d'un tic convulsif du cou et de la tête. Elle n'a ni hérédité chargée, ni antécédents personnels morbides. Au cours de cette affection, elle a eu deux rémissions à la suite de deux émotions, une joie, puis une frayeur. Elle faisait le mouvement de *non;* le spasme était localisé aux muscles de la nuque

et au sterno-cléido-mastoïdien gauche. Elle fut endormie et dès la deuxième séance elle fut améliorée ; après la quatrième séance, elle était complètement guérie.

Tabagisme et alcoolisme guéris par la suggestion hypnotique.

M. Bourdon (de Méru) cite plusieurs cas d'alcoolisme et de tabagisme guéris par la suggestion hypnotique plus ou moins longtemps prolongée ; la suggestion portait sur l'abstinence complète d'emblée, plutôt que sur la diminution progressive. L'auteur a aussi guéri par la psychothéraphie l'onanisme, l'onychophagie, la passion du cabaret, du billard, etc. ; en rendant les jeunes gens meilleurs et plus laborieux, il a ainsi fait de l'orthopédie morâle.

L'onanisme et son traitement psychothérapique.

M. Bérillon. — Les habitudes d'onanisme, lorsqu'elles revêtent un caractère d'irrésistibilité, dénotent, chez les individus qui les présentent, des perturbations fonctionnelles profondes des centres cérébro-spinaux. Lors même que les sujets sont doués d'un certain développement intellectuel, on peut toujours constater qu'ils présentent toujours une certaine aboulie, par rapport à l'habitude automatique dont ils sont atteints. En effet, ces sujets, tout en ayant conscience des dangers que leur font courir les pratiques d'onanisme, se déclarent absolument impuissants à y résister. On a imaginé un grand nombre d'appareils de contention pour réprimer les habitudes d'onanisme. En voici quelques échantillons à titre de curiosité. Aucun d'eux n'a amené la guérison de ces malades. Cela tient à ce qu'il importe avant tout, non d'empêcher par des moyens mécaniques la réalisation de l'impulsion automatique, mais bien de procéder à la rééducation de la volonté et de créer chez ces malades de véritables centres psychiques d'arrêt. On y arrive assez rapidement par l'application de la suggestion hypnotique. Les sujets ne tardent pas à reconnaître qu'ils sont capables de résister dans une certaine mesure à l'habitude. Bientôt leur résistance s'organise et la guérison s'établit. La durée du traitement varie nécessairement selon l'ancienneté des habitudes et le terrain névropathique sur lequel elles se sont développées. Chez les onanistes dont le développement intellectuel est normal et dont les stigmates de dégénérescence sont peu accentués, la guérison de l'onanisme par la suggestion est rapide et durable.

Communications diverses :

M. Jules Voisin. Un cas de délire de persécution avec hallucinations religieuses et idées de possession. Action thérapeutique de la suggestion. — M. Leter (de Sannois), Tic douloureux de la face

datant de deux ans, traité avec succès par la suggestion hypnotique et l'auto-hypnotisation. — M. Lionel DAURIAC. Les causes d'erreur dans l'interprétation des phénomènes psychiques. — M. GASCARD. Étude psychologique sur les envies des femmes enceintes. — M. BARADUC. Photographies de fluide vital. — M. GARNAULT. La ventriloquie comme procédé d'illusion religieuse et magique. — M. BOURDON (de Méru). Accouchements sans douleur d'après la méthode du Dr Paul Joire. — M. COSTE DE LAGRAVE. De l'auto-suggestion expérimentale. — M. COUTAUD. Manifestations du rire et des émotions chez quelques animaux.

BIBLIOGRAPHIE.

III. *Revue des Thèses de la Faculté de Médecine de Bordeaux* (année 1897-1898); par les Drs RÉGIS et L. DE PERRY.

1. *Etudes pléthysmographiques en psycho-physiologie;* par le Dr L'HERMINIER.

L'étude des phénomènes vaso-moteurs en psychologie, née avec Mosso, est vaste et complexe : l'emploi de la méthode pléthysmographique met en relief un certain nombre de faits correspondant aux divers états psychiques.

1° Les phénomènes intellectuels tels que : attention, mémoire, association d'idées, raisonnement, imagination, travail cérébral court, s'inscrivent tous sur le tracé pléthysmographique en vasoconstriction. Cette réaction vasculaire suit une loi fixe : le phénomène vaso-moteur est nettement secondaire et consécutif à l'acte cérébral. Quant au temps perdu, à l'intensité et à la durée de réaction, ils varient avec les individus.

Les réactions circulatoires peuvent se manifester seules ou s'accompagner de phénomènes respiratoires : chez certains individus les réactions respiratoires prennent une importance telle que les sujets pourraient être classés en deux groupes réactionnels : type respiratoire, type circulatoire.

2° Dans les phénomènes de volonté deux cas peuvent se présenter : *a*) si le phénomène de volonté est purement cérébral, le tracé pléthysmographique présente une chute en vaso-constriction; *b*) si le phénomène de volonté a déterminé un effort physique, il se produit une élévation du tracé.

3° Les phénomènes de sensibilité, surprise, peur, douleur, donnent lieu à de la vaso-constriction.

Les émotions agréables provoquées volontairement (évocation d'idées gaies) donnent lieu à un phénomène de vaso-dilatation. Les émotions désagréables provoquées volontairement (idées tristes), phénomène de vaso-constriction, parfois accompagné de réactions respiratoires importantes. Les réactions agréables dont l'origine remonte à la mise en action des organes des sens provoquent en général des réactions vaso-dilatatrices. Les émotions désagréables dues aux organes des sens provoquent des réactions inconstantes surtout en ce qui concerne le goût et l'odorat.

Les bruits désagréables (grincement de bouchon, dissonnance, audition musicale désagréable, donnent lieu à de la vaso-constriction. Les auditions agréables (musique) donnent lieu à des réactions diverses selon le morceau et l'aptitude du sujet à la musique.

4° Lorsqu'il s'agit de phénomènes tenant à la fois de l'intelligence et de la sensibilité, le plus souvent le phénomène intellectuel l'emporte, vaso-constriction.

2. *De l'arthralgie hystérique du genou;* par le Dr Lepinte.

L'arthralgie hystérique du genou survient à la suite d'un traumatisme semblant agir comme suggestion. Elle présente deux formes : 1° une forme pure dont les symptômes, la douleur et la contracture, offrent des caractères tout particuliers, sans phénomènes locaux réactionnels; 2° une forme mixte ou hystéro-organique, constituée par l'association de l'arthralgie à une affection préexistante de nature inflammatoire.

Dans la forme pure, l'articulation est d'ordinaire indemne de toute altération; cependant il peut s'y produire diverses lésions matérielles. Le diagnostic surtout dans la forme mixte est parfois très difficile à établir : l'expectation est la meilleure conduite à tenir. Quant au pronostic il est sérieux par la durée de l'affection, par sa ténacité, par la possibilité de diverses complications et par sa tendance fréquente aux récidives, et l'absence de traitement absolument spécifique.

3. *Traitement de l'épilepsie essentielle par les opérations pratiquées sur le grand sympathique;* par le Dr Briand.

Aucun fait nouveau à signaler dans ce travail.

4. *Des psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins;* par le Dr Guélou.

Les affections des reins agissent par auto-intoxication et peuvent donner naissance à la plupart des formes mentales connues, qui varieront selon le terrain préparé par les prédispositions héré-

ditaires. Les excès alcooliques, les intoxications en général, les infections comme le paludisme viennent parfois combiner leur action avec l'urémie et provoquer l'explosion de l'aliénation mentale.

L'urémie délirante se révèle plus spécialement par de la stupeur avec hébétude, ou confusion mentale et hallucination. L'hébétude s'accompagne souvent de phénomènes cataleptoïdes quelquefois extatiques. Enfin dans le cours d'une folie chronique, l'urémie intercurrente se manifeste par des symptômes psychiques indépendants, tels que l'hébétude et la stupeur ou même de la démence qui devient définitive.

5. *De la valeur thérapeutique des courants continus dans le traitement de la névralgie du trijumeau;* par le Dr Mias.

Dans la plupart des névralgies faciales graves que l'on ne peut rattacher ni à la syphilis ni à l'impaludisme, ni à une lésion locale, la thérapeutique médicale ou chirurgicale est impuissante. Il faut donc avoir recours au traitement galvanique par les hautes intensités et les longues durées d'application. Ce traitement est exempt de tout inconvénient et par suite de tout danger, de plus il laisse le champ libre aux interventions ultérieures. Son action ne relève nullement de la suggestion, elle est classée parmi les effets électrolytiques du courant.

6. *Contribution à l'étude du bégaiement et de son traitement pratique;* par le Dr Thomas-Derevoge.

Le bégaiement est une affection gênante qui met celui qui en est atteint en état d'infériorité au point de vue social en l'annihilant, pour ainsi dire, en paralysant ses autres facultés. Dans bon nombre de cas, il disparaît par un traitement simple dont l'application est à la portée de tous les médecins.

Ce traitement est basé essentiellement sur le rétablissement d'une respiration vocale normale et quelques exercices peu compliqués de gymnastique articulatoire destinés à rétablir l'harmonie entre le cerveau qui commande et l'appareil phonateur qui doit obéir. S'il y a complication spastique, le traitement pourra s'adjoindre la psychothérapie. Dans tous les cas surveiller l'état mental du bègue, raffermir sa volonté, lui donner confiance, et l'habituer à se contrôler lui-même dans le but d'éviter les rechutes.

7. *Essai sur la pathologie des sémites;* par le Dr Béraud.

Dans ce travail consacré à la biologie et à la sociologie des Israélites, l'auteur étudie les caractères principaux de cette race. Il constate tout d'abord la précocité et la longévité. Mais ce qui nous intéresse le plus c'est la pathologie juive, dont les facteurs

dominants sont l'*hérédité* et la *consanguinité*. Dans les maladies dues à la consanguinité nous relevons : 1° la surdi-mutité; 2° la rétinite pigmentaire; 3° l'idiotie, qui indiquent un degré marqué de dégénérescence.

Après avoir signalé, comme principale conséquence de l'hérédité chez l'homme israélite, le neuro-arthritisme, l'auteur passe en revue, mais de façon superficielle et beaucoup trop rapide, les principales manifestations nerveuses, la neurasthénie, l'hystérie, l'aliénation mentale.

8. *Essai sur l'état mental dans l'abstinence;* par le Dr LASSIGNARDIE.

L'abstinence, d'après Piorry, est une modification du régime habituel consistant soit dans la privation totale d'aliments, soit simplement dans leur diminution. Deux phénomènes principaux se rattachent à l'abstinence prolongée : la faim et l'inanition, intimement liées l'une à l'autre.

On peut distinguer deux sortes d'abstinence : 1° l'abstinence volontaire comprenant le *jeûne expérimental* des grands jeûneurs, Succi, Merlatti ; le *jeûne comme moyen de suicide* employé par Viterbi, Guillaume Granié ; le *jeûne religieux*; 2° l'abstinence forcée, qui comprend, en dehors de l'abstinence dans les maladies (pyrexies, aliénation mentale, hystérie), les jeûnes déterminés par la misère, les famines, les jeûnes accidentels causés par exemple par les éboulements de mines, les jeûnes dus à des naufrages, naufrage de la « Méduse » et celui plus récent de la « Ville-de-Saint-Nazaire ». A l'appui de ces faits, des observations rigoureuses, en particulier la relation intéressante et inédite des délires d'inanition observés par le Dr Maire sur lui-même et ses compagnons, dans le naufrage de la « Ville-de-Saint-Nazaire ».

L'état mental créé par l'abstinence peut se résumer ainsi :

1° On constate un développement des facultés intellectuelles et en particulier de l'imagination, si l'abstinence n'est pas trop prolongée et surtout si elle est volontaire et habituelle; 2° à un degré plus marqué, il existe d'une part, un changement du moral ou du caractère se traduisant par de l'irritabilité, de l'égoïsme, de la cruauté, etc.; d'autre part des troubles intellectuels, diminution de la mémoire, de la volonté, tendance aux impulsions irrésistibles et parfois subites, instinctives; 3° puis viennent des troubles psychiques nocturnes : mauvais sommeil, rêves, cauchemars, illusions, hallucinations, délire et impulsions;

4° Des troubles psychiques diurnes marquent le maximum de gravité : rêvasseries, illusions, impulsions et délire quelquefois aigu; 5° enfin sous l'influence de ces troubles, et en particulier des impulsions, des hallucinations, du délire, il peut se produire des actes graves, surtout des violences, qui ont leur importance

au point de vue médico-légal. Dans ces cas l'appréciation de la responsabilité reste naturellement subordonnée à la constatation des troubles psychiques et de leur gravité.

On peut établir un parallèle entre l'état mental de l'abstinence et celui des intoxications. L'on trouve très peu de différence entre les troubles mentaux de l'abstinence et ceux des intoxications : mêmes modifications générales de l'intelligence et du moral, mêmes troubles nocturnes, et à un degré plus marqué mêmes troubles diurnes.

Le raisonnement, la clinique, l'expérimentation sont d'accord et semblent établir que les phénomènes pathologiques de l'inanition sont dus à un empoisonnement par autophagie, c'est-à-dire par *auto-intoxication*, sans qu'il soit possible encore de préciser dans quelles conditions exactes et par suite de quels troubles de nutrition se produit cette auto-intoxication.

9. *L'énervement ;* par le Dr Margain.

Il existe un syndrome clinique possible à déterminer et répondant à ce que le public désigne sous le nom d'énervement. L'énervement est caractérisé le plus souvent par la succession de deux phases, l'une d'excitation, l'autre de dépression, mais dont la première seule est caractéristiqne. Ces états peuvent donc être rapprochés des états neurasthéniques ou hystériques. Naturellement l'énervement subit de notables modifications suivant les personnes qui en sont atteintes, leur éducation, leur état de santé habituel et aussi suivant les moments. Ce qu'il y a de vrai, c'est que l'énervement peut résulter d'états neurasthéniques et hystériques, comme il peut aussi conduire le sujet soit à l'hystérie, soit à la neurasthénie. M. Régis considère l'énervement comme étant surtout une petite neurasthénie.

Quant au pronostic, il dépendra de l'état de santé habituel du sujet, de ses tendances pathologiques, de la fréquence et de l'intensité des crises d'énervement.

Comparant l'énervement avec l'alcoolisme, l'auteur tire cette conclusion que l'énervement semble être le résultat d'une intoxication : l'étude de l'étiologie confirme cette opinion. Du reste le traitement le prouve péremptoirement : tout ce qui paraît être une suppression des causes d'intoxication, diminue l'énervement. L'éducation sérieuse de la volonté du sujet sera aussi un excellent complément du traitement. (*A suivre.*)

IV. *Névroses et idées fixes ;* par le professeur F. Raymond et le Dr P. Janet. 2e série, grand in-8° de 500 pages, avec 97 figures dans le texte. Paris, F. Alcan, 1898.

Cette deuxième série pour laquelle M. Raymond s'est joint à

M. Janet vient encore donner corps à cet heureux procédé qui consiste à amasser et à classer judicieusement des faits exactement relevés et décrits. Du nombre et du caractère de ces faits se dégagent presque d'eux-mêmes des commentaires sobres mais clairs, justes, sans subtilités ni hypothèses risquées et sans vaines hardiesses. C'est la consécration d'une méthode autrement féconde que celle des ouvrages théoriques. Le premier volume était le fruit de l'*observation concentrée*, étude longue et profonde d'un même sujet qui présente un double danger : « le dressage du sujet par l'observateur, et... celui de l'observateur par le sujet : plus l'observateur croit à l'importance d'un fait, d'un détail, plus ce détail grandit chez le sujet, et réciproquement, plus ce fait se montre avec netteté et plus l'observateur croit à son importance. » Ce second volume, au contraire, a pour base l'*observation dispersée*, portant sur un grand nombre de malades examinés complètement, mais d'une manière en quelque sorte extemporanée. Les inconvénients de ces deux méthodes employées isolément sont visibles, mais l'excellence de leur emploi simultané ou alternatif est évidente, c'est ce que prouve ce second volume qui fait plus que compléter le premier en donnant à l'ensemble de l'œuvre sa véritable portée.

Il s'agit ici des maladies produites par les émotions, des idées obsédantes et de leur traitement. Que l'on songe à toutes les classifications laborieuses, mais éphémères ; aux nomenclatures caduques ; aux systèmes croulant avant la complète édification auxquels les faits de ce genre ont donné lieu, et l'on comprendra « le diagnostic d'infirmière » auquel on est trop souvent obligé de revenir en pareille matière, et le service rendu par un retour à des méthodes plus naturelles et plus logiques, méthodes stables parce qu'elles commencent par se donner une base, et sûres parce qu'elles étudient les obstacles avant de vouloir les franchir. Cent cinquante-deux observations touffues composent le livre de MM. Raymond et Janet ; il ne faut même pas songer à en résumer une seule tant elles sont éloignées de tout inutile détail et de toute digression accessoire ; chaque mot porte son idée, il y est dit tout ce qui doit être connu et rien que cela. Cette concision n'est même pas le moindre mérite des auteurs, et l'on sent avec satisfaction que tout est à lire. Les auteurs procèdent toujours du fait le plus simple aux faits les plus complexes, ils recherchent d'abord un type pathologique pur, comme la nature en présente quelquefois pour passer ensuite aux cas plus ou moins hybrides pour lesquels l'énoncé bref du diagnostic caractérise plutôt la prédominance d'un syndrome que la totalité de l'affection, en tant qu'entité isolée et bien tranchée. Ainsi, pour les confusions mentales, nous trouvons d'abord une confusion mentale primitive pure, puis une confusion mentale secondaire chez une hystérique, ensuite une confusion avec délire, enfin une confusion mentale

périodique, etc. Telle est la conduite de chacun des chapitres. En tête des aboulies viennent encore les aboulies primitives consécutives à une pyrexie ou arrivées graduellement au moment de la puberté, puis les aboulies primitives avec idées fixes; les aboulies secondaires *psychiquement* bien entendu, c'est-à-dire précédées d'un trouble mental préalable qui leur a préparé la voie, tels que : idées fixes, état émotionnel persistant ; enfin les aboulies périodiques qu'il ne faut pas confondre avec les délires circulaires dont elles ne présentent pas la phase d'excitation.

Après les aboulies les auteurs étudient les délires cœnesthésiques, ces troubles subjectifs de la personnalité où les altérations du *moi* sont éprouvées par le malade lui-même, et les délires émotifs systématiques dont la tendance à la généralisation arrive à constituer des délires émotifs généralisés, évolution que permet de suivre très clairement cette série d'observations. C'est dans ce chapitre que se place la toujours suggestive étude des phobies et des obsessions angoissantes donnant lieu à de si jolies dénominations : sidéro-dromophobie, triskaïdekaphobie, enfin les obsessions impulsives et les impulsions formeut la transition entre la première partie qui traite des troubles psychiques purs et la seconde où on les voit se compliquer de troubles somatiques. En effet, entre les idées fixes claires et manifestes, uniquement psychiques dans leurs effets et celles plus dissimulées qui provoquent des accidents physiques, on rencontre tous les degrés. On voit par les travaux de M. Janet combien ces idées fixes subconscientes, si difficiles à dépister et qu'il faut souvent chercher pendant l'hypnose ont d'importance, et combien leur découverte a éclairé cette question et rendu effective la thérapeuthique. Attaques de sommeil, fugues, vagabondage ; troubles divers de la sensibilité et du mouvement ; troubles du langage reproduisant avec plus de netteté encore ceux que provoquent les lésions centrales ; spasmes et autres désordres viscéraux, vasomoteurs, sécrétoires et trophiques, viennent complètement terminer cette attachante série de faits. Chacun de ces 152 cas forme un tout qui porte en soi sa part relative de conclusions, tandis que de l'ensemble se dégage, entre bien d'autres idées générales, celle de l'émotion venant comme un déclic déchaîner les accidents ou venant par sa violence ou sa répétition, enfoncer l'idée fixe comme un corps étranger dans un terrain rendu instable, malléable et fragile, par une hérédité où se révèlent de nombreuses causes de déchéance, causes parmi lesquelles l'alcoolisme de l'un au moins des ascendants est d'une manière frappante la plus fréquente. Ce travail rendra donc de féconds services à tous les hommes d'études par son fond si substanciel où il y a tant à puiser, comme par sa méthode si lumineuse. Les cliniciens y trouveront leur part et aussi les psychologues. F. Boissier.

V. *De la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les psychoses;* par J. Chartier, ancien interne de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Thèse de Paris, 1899).

Sur les conseils de M. Cullerre, M. Chartier a entrepris, dans sa thèse inaugurale, de rajeunir cette vieille question des rapports de la phtisie et de la folie. Il s'est attaché surtout à étudier les psychoses qui se développent chez les individus atteints de tuberculose latente. Le bacille tuberculeux sécrète des produits solubles, des toxines, qui prennent naissance au niveau des foyers bacillaires et dont l'énergie nous est révélée par les effets de la tuberculine de Koch. La production des désordres dynamiques tels que ceux de la sphère psychique causés par les toxines tuberculeuses ne saurait donc être mise en doute ; ils sont de même ordre que tous ceux que l'on attribue à la diathèse tuberculeuse et qui atteignent, par exemple, l'estomac et les reins. Si ces toxines provoquent indiscutablement de la dyspepsie et de l'albuminurie, il faut nécessairement admettre qu'elles sont aussi capables de produire le délire, qui est la manière de réagir de l'organe cérébral.

Et quels sont les individus qui délirent sous l'influence de cette infection ? Ceux qui sont très aptes à délirer naturellement, c'est-à-dire les prédisposés, les héréditaires, les dégénérés. Aussi, n'existe-t-il pas une forme spéciale de folie des tuberculeux. Chacun délire avec son idiosyncrasie propre comme le prouvent les nombreuses et intéressantes observations de M. Chartier. Ce n'est qu'à une période avancée de la phtisie que la psychose peut prendre des allures particulières plus en rapport avec le degré d'intoxication de l'économie et dont la description bien connue de Clouston peut donner une idée.

On sait que Ball, dans son étude de la folie tuberculeuse, en décrit trois formes qui répondent aux conditions suivantes :

1° Les deux affections suivent une marche parallèle ;

2° La phtisie et la folie obéissent à la loi d'alternance et se remplacent mutuellement ;

3° La folie remplace la phtisie dans les familles de tuberculeux par une sorte de transformation de l'hérédité morbide.

M. Chartier passe en revue ces trois hypothèses. En ce qui concerne la première, il reconnaît qu'elle est exacte et répond aux cas les plus habituels. C'est à eux que s'applique la description de Clouston.

Les faits d'alternance sont beaucoup moins fréquents, tout en étant réels. Il s'agit dans ces cas, non pas de révulsion, comme le pensait Ball, mais de perturbations nutritives qui atteignent alternativement le cerveau où elles favorisent la naissance du délire,



et le poumon où elles préparent le terrain pour le développement du bacille de Koch. Quant à la troisième hypothèse de Ball, elle n'est pas le moins du monde justifiée. Il n'existe entre la tuberculose et la folie frappant une même famille que le lien très général créé par la dégénérescence. En matière de maladie infectieuse, il ne saurait s'agir, en effet, d'hérédité de métamorphose.

L'auteur consacre ensuite quelques pages au diagnostic. Après avoir rappelé les signes qui révèlent la tuberculose à sa période de germination, signes d'une haute valeur pour l'aliéniste, M. Chartier signale comme particulièrement significatives les crises de palpitations nocturnes et les pertes séminales qui surviennent dans les mêmes circonstances. Mais, à son avis, une des sources les plus précieuses d'information réside dans les antécédents personnels et héréditaires des malades : l'existence antérieure d'une pleurésie ou même d'accidents pulmonaires moins caractérisés peut avoir une réelle valeur inductive. Le fait d'appartenir à une famille décimée par la tuberculose n'est pas moins important.

Un résumé sous forme de conclusions correspondant aux divers problèmes abordés dans le cours de la thèse termine ce travail intéressant dont nous n'avons esquissé que les parties principales.

VARIA.

Les drames de l'alcoolisme.

— Rue d'Uzès, le sieur Cottin, trente-deux ans, placier en dentelles, rentrait ivre. Sa femme lui ayant fait des observations, il la tua d'un coup de revolver. Il a été arrêté.

— A Haspres (Nord), Simon Dhaussy, quatre-vingts ans, cultivateur, habitant avec son fils, quarante-cinq ans, célibataire, a été trouvé dans un trou, à moitié décapité par un coup de hache. Le fils, qui habitait avec lui, était dans un état complet d'ivresse. Il a été arrêté comme auteur du crime.

— Émile Sorel, né à Martigny, quarante-huit ans; sa femme, née Delphine Guérin, originaire de Clécy, quarante et un ans, et leurs fils Émile, dix-sept ans, et Albert, onze ans, habitaient à Martigny, près Falaise. Sorel était presque toujours entre deux vins. Mercredi, il était encore pris de boisson lorsque son fils Émile revint de faire un charriage avec ses deux chevaux. Il l'aida

à les dételer. Il était six heures du soir. Soudain, le jeune homme entendit un coup de feu dans la maison. Il y courut et vit sa mère couverte de sang qui tomba comme une masse. — « Elle en tient! » cria Sorel. En entendant son garçon appeler du secours, il se sauva dans sa chambre où il se tira un coup de sa carabine dans le côté. La mort a été aussi instantanée. On a trouvé sur l'assassin deux autres cartouches. On en a conclu qu'il avait l'intention de tuer ses deux fils ; mais rien ne le prouve. Ce crime ne peut être attribué qu'à une fureur déterminée par l'alcool. (*Bonhomme Normand*, 12-20 juillet.)

— On nous mande de Lyon qu'hier, dans un accès de délire alcoolique, le nommé Bazus, âgé de quarante-trois ans, typographe, a frappé sa femme, Marie Simonetti, âgée de trente-deux ans, d'un coup de couteau à la cuisse et lui a tiré un coup de revolver à la tête; puis, croyant l'avoir tuée, il s'est appuyé contre la poitrine la pointe du couteau et, se jetant contre un mur, s'est enfoncé l'arme jusqu'à la garde dans le cœur. La mort a été instantanée. La femme a été transportée à l'Hôtel-Dieu. On n'a pas pu extraire la balle logée dans le crâne ; cependant, les médecins espèrent la sauver. Les deux époux étaient sourds-muets. C'est leur petit garçon, âgé de cinq ans, qui n'a pas hérité de l'infirmité de leurs parents, qui a raconté la scène, il ne cessait de répéter : « Méchant papa, il a fait bobo à maman ! » Il a été recueilli par sa tante maternelle. (*Le Temps*, du 7 juillet 1899.)

— *Pauvres petits !* — Pierre Martin, cinquante-huit ans, casseur de cailloux à Notre-Dame-de-Courson, a eu quatorze enfants qu'il n'a jamais corrigés outre mesure. Pierre Martin a la tête un peu dérangée par suite d'excès de boisson. Quand il est gris, il prend son plus jeune enfant dans ses bras, le dorlote, le berce ; on dirait qu'il veut lui donner le sein. Malheureusement, un soir, pendant que Martin tenait son dernier bébé dans ses bras, il tomba avec dans la cheminée. Une chaudière d'eau bouillante fut renversée et, le pauvre petit fut tellement brûlé qu'il mourut peu de temps après. Devant le tribunal, Martin fait le pantin et amuse fort l'auditoire quand il dit au président : « Tu sais, moi, monsieur, j'sais pas, j'étais gris. Quant à ma bourgeoise, j'sais pas... D'mande-lui. L'principal, c'est qu'on s'arrange tous les deux. » — Martin attrape tout de même deux mois de prison pour homicide par imprudence. (*Bonhomme Normand*, 27 juin.)

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions :* M. le Dr Santenoise, médecin adjoint à l'asile public de Saint-Ylie près Dôle, est nommé médecin adjoint de l'asile de Dijon en remplacement de M. le Dr Viallon; — Par divers arrêtés M. le Dr Dodero a été nommé médecin adjoint à l'asile Saint-Ylie (Jura); — M. le Dr Keraval, directeur médecin à Armentières a été promu à la classe exceptionnelle du cadre; — M. le Dr Fani, médecin adjoint à la Roche-Gandon (Mayenne) est élevé à la classe exceptionnelle.

Intérêts professionnels. — Dans son audience du 16 juin 1899, le Conseil d'État statuant au contentieux a décidé qu'un médecin-inspecteur d'un asile départemental d'aliénés, élu député, et qui se trouve avoir droit à une pension de retraite par suite de la suppression postérieure de son emploi, peut réclamer la jouissance de cette pension *à dater de la cessation de ses fonctions*. C'est donc à tort que, dans l'espèce, le Conseil général du département intéressé avait pris une délibération portant que le médecin n'entrerait en jouissance de cette pension qu'à l'époque de la cessation du mandat de député. (*Sem. med.* n° 25, 1899.)

Aliénés en liberté. — M. Arnaudin, quarante et un ans, receveur de l'enregistrement à Vimoutiers (Orne), qui était, depuis quelque temps, obsédé par des idées de persécution, s'est tué en se tirant un coup de fusil dans la tête. (*Bonhomme Normand*, 27 juin.)

— Les chaleurs ont causé, à Paris, de nombreux cas de transports au cerveau. Une ancienne danseuse, Marguerite Pouroy, a été prise de folie, place Clichy. Au commissariat, elle enleva d'un coup de pied les lunettes du commissaire. Pendant qu'on la conduisait à l'infirmerie, elle brisa les glaces du fiacre et voulut étrangler les inspecteurs, qui eurent toutes les peines du monde à la maîtriser. — A la station de la Porte-Maillot, un voyageur très correct, M. S..., ingénieur, subitement pris d'un accès d'aliénation mentale, se plantait sur la voie, au moment où un train venant de Paris était en vue et levait l'index pour l'arrêter. Des employés l'empoignèrent et le firent conduire au commissariat des Ternes. — Enfin, des agents ont arrêté, boulevard de Clichy, un cocher, déséquilibré également, qui leur avait jeté sur la tête un seau

d'eau, probablement destiné à leur rafraîchir les idées. (*Bonhomme Normand* du 20 juillet 1899.)

La folie. — Pris d'un subit accès de folie, un nommé Fortet, âgé de quarante ans, plongeur, tirait, hier matin, plusieurs coups de revolver sur une boutique de blanchisseuse, rue Aumaire. Arrêté et conduit au commissariat ce fou furieux a déclaré avoir voulu se venger des blanchisseuses qui le narguaient et empoisonnaient son linge. Il a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (*La Fronde*, 11 juillet 1899.)

Suicide d'enfant. — Le jeune Georges Berliot, quatorze ans, d'Amiens (Somme), craignant des reproches de ses parents, s'est couché sur la voie ferrée et a été écrasé par un train. (*Bonhomme Normand*, 20 juillet.)

Bechterew (W.-V.). — *Ueber die Bedeutung der gleichzeitigen Anwendung hypnotischer Suggestionen und Anderer Mittel bei der Behandlung des chronischen Alcoholismus.* — Brochure in-8° de 3 pages. — Coblenz, 1899. — Librairie W. Groos.

Bechterew (W.-V.). — *Ueber unwillkürlichen Harnabgang beim Lachen.* — Brochure in-8° de 2 pages. — Leipzig, 1899. — Librairie Veit et Cie.

Bechterew. — *Neue Beobachtungen und pathologisch-anatomische Untersuchungen über Steifigkeit der Wirbelsäub.* — Brochure in-8° de 13 pages, avec une planche hors texte. — Leipzig, 1899. — Librairie W. Vogel.

Bechterew. — *Ueber periodische acute Paranoia simplex als besondere form periodischer Psychosen.* — Brochure in-8° de 14 pages. — Berlin, 1899. — Librairie von S. Karger.

Bechterew. — *Ein neues Algesimeter.* — Brochure in-8° de 5 pages, avec 5 figures. — Leipzig, 1899. — Librairie Veit and C°.

Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* (Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour 1898), publiées avec la collaboration de MM. Cestan, Chapotin, Katz, Noir (J.), Philippe, Sébileau et Boyer. — T. XIX de la collection. — Un fort volume in-8° de LXXXVII-234 pages, avec 13 figures dans le texte et 13 planches hors texte. — Prix : 7 francs. — Pour nos abonnés : 5 francs. — Bureaux du *Progrès médical.*

Bulhões Carvalho. — *Desequilibrio apparente entre a natalidade e a mortalidade na cidade do Rio-Janeiro.* — Brochure in-8° de 23 pages. — Rio-de-Janeiro, 1899. — Typographia Besnard frères.

Cestan (R.). — *Le syndrome de Little, sa valeur nosologique, sa pathogénie.* — Volume in-8° de 131 pages. — Paris, 1899. — Librairie G. Steinheil.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — *Depuis le 28 JUILLET M. H. DURAND n'a plus aucune fonction au* **Progrès Médical**. *Il est remplacé par M. Aimé* **ROUZAUD** *qui est chargé exclusivement des* **annonces** *et de la partie administrative.*

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 p. 100 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir de ce jour. Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

— *Jusqu'au 31 décembre, la collection complète des* **Archives de Neurologie** *sera livrée à nos nouveaux abonnés au prix de* **cent vingt** *francs, y compris l'abonnement de 1899. — A partir du 1er janvier 1900 le prix de la collection complète (1880-1899) sera porté à CENT CINQUANTE francs.*

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS. — *Nous rappelons à nos abonnés, aux auteurs et aux éditeurs qu'il est rendu compte dans les* **Archives** *de tous les ouvrages dont il est envoyé* DEUX EXEMPLAIRES. *Les ouvrages dont il ne sera adressé* QU'UN EXEMPLAIRE *seront simplement annoncés.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 899

Vol. VIII. Septembre 1899. N° 45

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE.

DOUBLE CENTRE D'INNERVATION CORTICALE OCULO-MOTRICE;

Par le Dr Joanny ROUX.

Depuis quelques années, la question des centres corticaux a notablement changé de face. Il ne s'agit plus de rechercher dans l'écorce des territoires distincts, dont le rôle *exclusif* soit de régler telle ou telle fonction, de commander à certains groupes musculaires, ou d'élaborer les impressions centripètes venues d'une région déterminée. La doctrine des centres autonomes et distincts, exclusivement moteurs ou exclusivement sensitifs, a vécu.

Il n'y a plus que des *centres réflexes* (Exner) ou si l'on préfère des centres *sensitivo-moteurs*.

Cette doctrine depuis déjà longtemps soutenue au point de vue physiologique (voir les travaux de Schiff, Tripier, Bastian, Dana, Luciani et Tamburini) a reçu sa consécration anatomique surtout des recherches embryologiques de Flechsig.

Le système nerveux est un *chemin de la force*, répète volontiers le professeur Pierret. L'écorce cérébrale reçoit de l'influx nerveux et en projette : pour cela des fibres nerveuses viennent s'y terminer ou y prennent naissance. On distingue dans cette écorce deux sortes de zones : les zones de *projection* et les zones d'*association*. Les premières communiquent directement à la périphérie par des *fibres centripètes et des fibres centrifuges mélangées*. Les secondes ne

communiquent avec la périphérie qu'indirectement, par l'intermédiaire des zones de projection. *Il n'existe pas de zones n'ayant que des fibres centrifuges ou que des fibres centripètes.* Toute zone de projection est donc susceptible et de recevoir de l'influx et d'en émettre, d'être et *sensitive* et *motrice*.

Il y a longtemps qu'on savait qu'au niveau des circonvolutions centrales, les fibres centripètes étaient mêlées aux fibres centrifuges. Monakow avait déjà démontré aussi l'existence de fibres centrifuges mêlées aux radiations optiques centripètes. C'est à Flechsig que revient l'honneur d'avoir établi qu'il s'agit là d'une loi générale : que toute zone de projection est en rapport avec la périphérie dans les deux sens centripète et centrifuge, ainsi s'est trouvé définitivement établie la doctrine qui fait des centres corticaux, des *centres réflexes* ou *sensitivo-moteurs*. De même que les centres moteurs des anciens auteurs sont en même temps sensitifs, *de même les centres sensoriels* (vision, audition, etc.) *sont en même temps moteurs*. Il m'a semblé que ces notions nouvelles étaient susceptibles d'éclairer la question si controversée de l'innervation corticale oculo-motrice, et permettaient de reviser les observations et doctrines anciennes à ce sujet.

Nous étudierons successivement : 1° Le rôle de la corticalité dans la physiologie normale des mouvements oculaires, tel que nous permettent de le concevoir les données anatomiques ; 2° Les applications à la pathologie.

CHAPITRE PREMIER

RÔLE DE LA CORTICALITÉ DANS LA PHYSIOLOGIE NORMALE DES MOUVEMENTS OCULAIRES

Les mouvements oculaires réflexes et *inconscients*, tels que le réflexe irien à la lumière, ne nous occuperont pas ; ils se passent entièrement dans les noyaux gris de la base ; l'écorce n'y a aucune part.

I. *Mouvements réflexes conscients involontaires.* — L'œil en tant qu'organe sensoriel (rétine) correspond à une zone du cortex bien déterminée : le centre visuel cortical situé à la

face interne et inférieure du lobe occipital (cuneus, lobe lingual et lobe fusiforme d'après Déjerine et Viallet — scissure calcarine, lobe lingual et lobe fusiforme d'après Brissaud — la scissure calcarine seulement avec ses deux lèvres, d'après Henschen).

L'œil, avec ses muscles, en tant que doué de la sensibilité générale (trijumeau) *correspond à une autre zone de projection*. Celle-ci doit faire partie de la zone de projection du reste de la face : rien ne nous autorise à l'en séparer (hémianesthésie). Les fibres centripètes, faisant suite aux filets du trijumeau, abordent la corticalité en un point encore assez mal déterminé, mais correspondant vraisemblablement à la partie inférieure de la frontale ascendante, et aux pieds des deuxième et troisième frontales [1]. Ces deux zones peuvent être lésées isolément ou simultanément (hémianesthésie, hémianopsie).

L'existence de deux zones de projection centripète, nous permet déjà de concevoir l'existence de deux zones de projection centrifuge (motrice) superposées aux premières.

A. *Rôle moteur du centre visuel cortical. Centre oculomoteur postérieur.* — Une vive lumière se produit à ma droite : mon regard se dirige de ce côté, mes yeux, convergent sur le point lumineux, ma pupille se contracte au degré nécessaire, mon cristallin accommode. Tous ces mouvements ont été involontaires, réflexes, mais *conscients* [2]. Que s'est-il passé au point de vue physiologique ? La rétine a été impressionnée fortement, l'impression s'est propagée par les nerfs optiques, les bandelettes, les noyaux gris centraux, les radiations optiques jusqu'au centre visuel cortical. Là s'est produite une sensation consciente : la vision d'une lumière à ma droite; et c'est en cela que ce centre est *sensitif*. Puis l'impression s'est réfléchie *par les fibres nerveuses centrifuges*, mêlées aux radiations optiques centripètes, jusqu'aux noyaux gris centraux, où par l'intermédiaire des oculo-moteurs s'est produit le mouvement de latéralité des yeux à droite, la convergence, la contraction irienne, la contraction du muscle

[1] Dans cet article nous aurons en vue, moins d'établir des localisations *précises* que de donner une vue d'ensemble de la question, et montrer le jour véritable sous lequel elle doit être envisagée.

[2] Au moins dans leur ensemble : j'ai conscience de *regarder* à droite.

de Brucke et peut-être des modifications au niveau de la rétine[1]. Voilà autant de mouvements dont le point de départ est le centre visuel cortical. Il est bien certain que ces mouvements ne sont pas le résultat de réflexes se passant dans les noyaux de la base ; car *ils ne se produisent plus lorsque le centre visuel cortical est lésé*[2] (hémianopsie et cécité d'origine corticale). D'autre part, c'est bien par les fibres centrifuges émanées du centre visuel cortical que celui-ci agit sur les noyaux oculo-moteurs car ces mouvements se produisent encore lorsque les circonvolutions centrales dites motrices sont lésées[3] (voir plus loin).

L'idée d'ailleurs n'est pas neuve de faire jouer un rôle oculo-moteur à l'écorce du lobe occipital. Nous avons à ce sujet un certain nombre de données expérimentales.

Bechterew excitant la deuxième circonvolution primitive ou externe du chien entre le bord postérieur du gyrus sigmoïde et la pointe du lobe occipital a vu : 1° la déviation des yeux du côté opposé ; 2° une légère occlusion des paupières ; 3° le rétrécissement des pupilles. Ce n'est pas, probablement, que la face *convexe* du lobe occipital joue un rôle par elle-même. Mais nous savons que les fibres qui se rendent au centre visuel, *ou en partent*, passent immédiatement au-dessous de cette circonvolution. Il est vraisemblable que dans l'expérience de Bechterew l'excitation a diffusé, est allé exciter les fibres sous-jacentes allant du centre visuel aux noyaux gris centraux.

Luciani et Tamburini avaient déjà fait une expérience semblable. Ils furent les premiers à considérer le centre visuel cortical comme un centre sensitivo-moteur. Schœffer[4] a précisé davantage encore. Les yeux se dirigeaient en bas par l'excitation de la zone supérieure du lobe occipital, en haut par l'excitation de la zone inférieure, latéralement par

[1] Joanny Roux. *Réflexes rétino-rétiniens* (*Arch. d'opht.*, juin 1898). *Le signe d'Argyll Robertson* (*Province médicale*, avril 1898). *Mécanisme anatomique de l'attention* (*Arch. neurologie*, décembre 1898).

[2] Ceci pour répondre aux auteurs qui placent dans les noyaux gris de la base le centre réflexe de ces mouvements.

[3] Ceci pour répondre à ceux qui prétendraient que le circuit réflexe passe du centre visuel cortical aux circonvolutions centrales.

[4] Schaeffer. *Experiments on the electrical excitations of the visual area of the cerebral cortex in the monkey* (*Brain*, avril 1888).

l'excitation de la zone intermédiaire. Il note que les mouvements étaient plus intenses lorsque l'*excitation était portée à la face interne du lobe occipital*. Il admet que l'excitation produit des images subjectives qui sont projetées dans la partie correspondante du champ visuel : le regard est alors attiré de ce côté comme dans l'exemple que nous avons donné plus haut. Et ce qui prouve que l'excitation passe bien par les fibres centrifuges mêlées aux radiations optiques, c'est que les expériences donnent les mêmes résultats lorsqu'on enlève les circonvolutions centrales dites motrices.

Des expériences analogues ont été faites par Unverrich, Danillo, Munk. L'hypothèse des images visuelles subjectives (Schæffer) n'est pas nécessaire, car l'excitation de la substance blanche du lobe occipital produit les mêmes mouvements (Danillo). La section du corps calleux ne change rien aux résultats (Munk). La section de la couronne rayonnante du lobe occipital empêche ces mouvements de se produire (Munk). Même chez les oiseaux où l'entrecroisement optique est complet l'excitation d'un seul lobe occipital produit les mouvements des deux yeux (Steiner).

L'expérimentation et l'anatomie normale s'accordent donc à faire de la face interne et inférieure du *lobe occipital un centre non seulement sensitif, mais aussi moteur*. Nous verrons plus loin que ces données concordent également avec ce que nous apprend la clinique et l'anatomie pathologique.

Voilà donc une première zone corticale jouant un rôle dans les mouvements des globes oculaires et des paupières[1] : c'est le centre *oculo-moteur postérieur*, ou si l'on préfère le *centre sensorio-moteur de la vision*. Ce n'est qu'un centre *réflexe* : par son intermédiaire, c'est la rétine qui commande et dirige elle-même ses déplacements.

B. *Centre oculo-moteur antérieur*. — La zone de projec-

[1] Toute cette étude nous montrera que les mouvements des paupières sont, au point de vue de leur physiologie, inséparables de ceux du globe oculaire : et cela non seulement pour le releveur innervé par la troisième paire, mais aussi pour l'orbiculaire innervé par la septième paire. J'approche vivement mon poing fermé des yeux ouverts d'un malade ; ils se ferment vivement : le centre réflexe a été le lobe occipital. En effet, ce réflexe est aboli dans la cécité corticale, conservé dans certains cas de paralysie des mouvements des yeux (V. plus loin) dans la paralysie pseudo-bulbaire.

tion correspondant à la sensibilité générale de l'œil et de ses annexes est-elle en même temps motrice ? S'il en était autrement, cette région échapperait à la loi générale citée plus haut : nous n'avons aucune raison de le supposer. Qu'un corps étranger vienne se loger sous notre paupière : il provoquerà d'abord un clignement purement réflexe se passant dans les noyaux de la base; puis, en même temps qu'une *sensation consciente* pénible, une série de mouvements des paupières destinés à l'expulser. L'observation et l'anatomie normale nous permettent de supposer que ces mouvements ont pour centre la zone de projection *sensitive*, correspondant probablement au pied de la deuxième frontale. L'expérimentation et surtout la pathologie nous donneront des arguments plus positifs.

D'après Mott et Schæffer l'excitation du tiers supérieur de cette zone produirait une déviation latérale, et un abaissement des globes ; l'excitation du tiers moyen, la déviation latérale simple ; l'excitation du tiers inférieur, la déviation latérale avec élévation.

Fritsch et Hitzig, Ferrier, Beevor et Horsley, Munk, Steiner ont aussi produit des mouvements des yeux par l'excitation de l'écorce du lobe frontal. Le temps perdu serait moindre que dans les mouvements produits par l'excitation du centre postérieur.

A la partie postérieure du lobe frontal, probablement au niveau du pied de la deuxième frontale, existe donc une portion de l'écorce correspondant à la sensibilité de l'œil et de l'orbite et à la mobilité du globe oculaire et des paupières. C'est le centre *oculo-moteur antérieur* ou *sensitivo-moteur*[1].

II. *Mouvements conscients et volontaires.* — Pour simplifier cette étude, nous n'avons examiné jusqu'ici que les mouvements manifestement involontaires, réflexes, quoique conscients. Les mouvements dits volontaires ne sont eux aussi que des mouvements réflexes, mais plus compliqués. Au point de vue psychologique, ils se distinguent des mouvements réflexes automatiques parce que : 1° ils sont précédés de la représentation consciente des mouvements à exécuter ;

[1] Il est possible qu'au centre oculo-moteur antérieur corresponde la migraine ophtalmoplégique, comme au centre postérieur sensorio-moteur correspond la migraine ophtalmique.

2° ils sont accompagnés d'une illusion qui nous fait croire à notre libre arbitre.

Un bruit insolite venant de la rue frappe mon oreille, excite mon attention, éveille l'idée d'*aller voir ;* puis l'image du mouvement à exécuter se forme en moi, je me lève et *dirige mon regard vers la fenêtre*. J'ai, en même temps, l'illusion d'agir librement. A quoi cela répond-il au point de vue psychologique ? A un simple réflexe : excitation du nerf sensoriel, conduction à la première circonvolution temporale, *traversée du centre d'association*, *l'insula*, du pied de la deuxième frontale qui fait mouvoir mes yeux, des autres circonvolutions motrices qui me font me lever et marcher. C'est dans la traversée du centre d'association que sont apparus[1] les deux caractères que nous avons attribués plus haut aux mouvements dits volontaires.

Ici une question se pose : ces mouvements dits volontaires, dont l'excitation provient d'un centre d'association, peuvent-ils passer indifféremment par le centre antérieur ou par le centre postérieur ? Dans le premier cas, ils sont précédés de l'image *sensitivo-motrice* du mouvement à exécuter; dans le second cas d'une image *sensorio-motrice*. Lorsque je me lève pour *aller voir* dans la rue, ai-je en même temps que la représentation du mouvement à exécuter, celle des sensations qui résulteront de ce mouvement, ou bien celle du spectacle que je m'attends à voir? L'observation psychologique est impuissante à répondre. La pathologie nous fournira peut-être la solution demandée. (*Voy. plus loin*.)

III. *Action bilatérale et symétrique de chacun de ces centres.* — Les muscles dont l'action est *habituellement* synergique de celle des mêmes muscles du côté opposé, obéissent à la fois aux *deux* hémisphères : une lésion unilatérale ne les paralyse jamais complètement. Il en est ainsi par exemple des muscles du pharynx, du larynx, du tronc, etc. Cependant ces muscles obéissent encore d'une façon *prédominante* à l'hémisphère du côté opposé ; aussi ne sont-ils pas absolument intacts dans l'hémiplégie (Féré et Lépine).

Les muscles moteurs du globe oculaire agissent *toujours* d'une façon synergique : il nous est absolument impossible

[1] Comment? Nous n'avons pas à envisager cette question ici : *c'est tout le problème de la conscience.*

de mouvoir un œil isolément. Cela nous fait déjà prévoir que nous ne trouverons jamais de paralysies de ces musles sur un *seul* œil, dans les lésions corticales.

Les muscles moteurs des paupières (orbiculaire-releveur) agissent *habituellement* d'une façon synergique ; mais nous pouvons cependant mouvoir isolément la paupière d'un seul œil. C'est dire que là, comme pour le pharynx et le larynx, nous pouvons trouver d'un seul côté des troubles légers de la motilité dans les lésions unilatérales. C'est ce que va nous apprendre la pathologie.

CHAPITRE II

APPLICATIONS A LA PATHOLOGIE

Nous aurons à examiner successivement : I, les troubles des mouvements oculaires et palpébraux dans les lésions unilatérales ; II, dans les lésions bilatérales des hémisphères.

I. *Dans les lésions unilatérales.* — Deux ordres de faits sont à considérer : 1° la déviation conjuguée des yeux : 2° les troubles moteurs des paupières.

§ Ier. — *Déviation conjuguée de la tête et des yeux.*

Nous ne pouvons faire ici l'historique de cette question, et citer les nombreux travaux auxquels elle a donné lieu (Cruveilhier, Foville, Millard et Gubler, Charcot, Vulpian, Prévost, Landouzy, Coingt, Grasset, Wernicke, etc., etc.). Nous rappellerons seulement que son origine peut être multiple : périphérique (lésions du labyrinthe), bulbaire (lésion du noyau de Deiter), cérébelleuse (Thomas), protubérantielle (lésion du faisceau longitudinal postérieur), pédonculaire, capsulaire, et enfin corticale. Nous n'envisagerons que les cas où elle est due à une lésion des hémisphères.

a) *Déviation conjuguée de la tête et des yeux associée à l'hémianopsie latérale.* — Cette forme n'est pas décrite isolément dans les traités classiques ; cependant on peut dire que dans l'hémianopsie latérale homonyme, elle ne manque à peu près jamais. Seulement elle est souvent *passagère*, disparait quelquefois au bout de plusieurs jours ; elle peut être facilement corrigée, le malade tourne sa tête et ses yeux du

côté opposé sans difficultés. Cependant non seulement elle est presqne constante, mais chez les malades dans le demi-coma, c'est un excellent signe qui permet de soupçonner le trouble de la vision. Son explication psychologique est très simple : le regard est attiré du côté du champ visuel sain; comme dans l'exemple cité plus haut, le regard est attiré du côté d'une vive lumière.

Tous les mouvements que nous avons mis plus haut sous la dépendanee du lobe occipital (mouvements de latéralité, convergence, pupille, accommodation), sont abolis d'un seul côté : une bougie placée dans la moitié obscure du champ visuel ne les provoque plus[1].

Les impressions lumineuses venant du côté du champ visuel intact ne sont plus contre-balancées par celles venant du côté opposé. Le tonus des muscles oculaires sollicités d'un seul côté prédomine dans ce sens. Mais c'est là en quelque sorte une modification simplement de la statique, et non de la dynamique. Des quatre centres auxquels obéit chaque globe oculaire, un seul est détruit, les autres suffisent à assurer l'intégrité des mouvements. Cette déviation statique des yeux se rencontre aussi bien dans la lésion de la substance blanche que de l'écorce. L'anatomie nous a en effet précédemment appris que les fibres centrifuges du centre visuel sont intimement mêlées aux fibres centripètes.

La déviation conjuguée des yeux associée à l'hémianopsie est sous la dépendance des lésions du centre postérieur sensorio-moteur, ou de ses fibres de projection centripètes et centrifuges.

b) *Déviation conjuguée de la tête et des yeux dans les lésions du pli courbe.* — Grasset et Landouzy, presque en même temps[2], établirent l'existence d'un centre cortical de la déviation conjuguée de la tête et des yeux au pied du lobule pariétal inférieur (Landouzy), sur la circonvolution qui coiffe le fond de la scissure de Sylvuis et le pli courbe (Grasset). Cette localisation fut admise par Henschen et Wernicke, très discutée au contraire par Charcot et Pitres,

[1] Cette bougie, par contre, provoque encore le réflexe irien *lumineux*, bien différent du réflexe irien de la *vision rapprochée* (V. Dr J. Roux, *Le signe d'Argyll Robertson*, *loc. cit.*).

[2] Grasset. *Montpellier médical*, 1879.— Landouzy. *Bulletin de la Soc. anat.*, 1879.

qui montrèrent qu'il y a un grand nombre de faits négatifs.

Peut-on aujourd'hui interpréter les faits d'une façon plus rationnelle, à la lumière des notions nouvelles? Les lésions du pli courbe déterminent de la déviation conjuguée, mais d'une façon inconstante. Rappelons d'abord que ces mêmes lésions du pli courbe déterminent aussi d'une façon inconstante de l'hémianopsie par lésion des fibres blanches sous-jacentes (Déjerine et Viallet). Or nous savons déjà que la lésion de ces fibres blanches sous-jacentes détermine en même temps que de l'hémianopsie de la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Faut-il généraliser et dire que si la lésion du pli courbe détermine de la déviation oculaire, c'est *toujours* par l'intermédiaire de la lésion des fibres sous-jacentes? Ce serait peut-être imprudent, car alors cette déviation s'accompagnerait toujours d'hémianopsie. Or quoique celle-ci demande à être recherchée, passe facilement inaperçue, nous ne sommes pas autorisé à dire qu'elle a été méconnue dans les cas où elle n'est pas signalée concomitamment avec la déviation oculaire. Peut-on admettre d'autre part que les fibres centrifuges parties du centre visuel puissent être lésées isolément, indépendamment des fibres centripètes? Non, puisqu'elles sont mélangées (Monakow, Flechsig). Mais ce que l'on peut admettre c'est qu'elles soient impressionnées à distance (compression, modifications circulatoires) plus que les fibres centripètes. Nous savons, en effet, que les fibres centripètes, en présence d'une cause pathologique, conservent leurs fonctions plus longtemps que les fibres centrifuges correspondantes. Nous serions donc tenté d'admettre la progression suivante pour les lésions du pli courbe : une lésion très superficielle et légère ne détermine aucun symptôme du côté des yeux ; une lésion un peu plus prononcée détermine de la déviation conjuguée, par action sur les fibres centrifuges issues du centre visuel cortical ; une lésion profonde détermine à la fois de l'hémianopsie et de la déviation oculaire.

Disons cependant qu'il n'y a rien d'irrationnel à prolonger jusqu'au pli courbe le centre postérieur des mouvements des yeux. Il n'est pas prouvé, en effet, que cette région soit privée de fibres de projection (V. Déjerine [1]). D'autre part, quoique

[1] Déjerine. *Soc. de Biol.*, 1897.

superposées, les régions motrices et sensitives n'ont pas toujours les mêmes limites. Le territoire de la sensibilité générale dépasse bien en arrière le territoire moteur. Il n'y aurait rien d'irrationnel à supposer que le territoire oculo-moteur dépasse en avant le territoire oculo-sensoriel.

Ce n'est donc qu'avec réserves que nous formulerons la conclusion suivante : *La déviation conjuguée des yeux, consécutive aux lésions du pli courbe, est due à la suppression fonctionnelle des fibres sous-jacentes, issues du centre postérieur sensorio-moteur.*

c) *Déviation conjuguée de la tête et des yeux par lésion du centre oculo-moteur antérieur.* — Il est un grand nombre de faits où la lésion, tout en étant hémisphérique, respecte le centre postérieur sensorio-moteur ainsi que le pli courbe. Il s'agit alors d'une lésion soit des circonvolutions dites motrices, soit de leurs fibres de projection. Il est inutile de rappeler ces faits, ils sont très nombreux. Si les observations ne sont pas encore assez précises, les lésions assez limitées pour localiser *exactement* le centre oculo-moteur antérieur, elles permettent d'affirmer son existence, et confirment ainsi les données de l'observation de l'anatomie normale et de l'expérimentation.

La déviation conjuguée des yeux, habituellement associée à l'hémiplégie motrice, sans lésion ni du pli courbe, ni du lobe occipital, est produite par une lésion du centre oculo-moteur antérieur.

Théoriquement, on devrait avoir alors de l'anesthésie sensitive, de même que dans les cas précédents nous avions de l'anesthésie sensorielle. De ce que les troubles objectifs de la sensibilité manquent souvent en réalité, il ne faudrait en conclure que la théorie a tort, car nous savons avec quelle facilité s'établissent les suppléances, en ce qui concerne la sensibilité générale [1].

§ II. — *Troubles de la motilité des paupières.*

Les mouvements des paupières, avons-nous dit, sont, au point de vue physiologique, inséparables de ceux des mouvements oculaires. Les uns et les autres peuvent avoir

[1] Voir en particulier Brissaud, *Troubles de la sensibilité dans les hémiplégies corticales* (*Leçons cliniques*, 1895).

pour point de départ une excitation sensorielle de la rétine, comme une excitation sensitive du trijumeau. Nous rechercherons donc quels sont les troubles produits soit par une lésion du lobe occipital, soit par une lésion du centre oculo-moteur antérieur.

a) *Dans les lésions du lobe occipital.* — Lorsque celles-ci sont isolées, les troubles sont peu appréciables, car peu nombreux sont les mouvements palpébraux ayant la rétine pour point de départ et le lobe occipital comme centre de réflexion.

C'est d'abord le clignement réflexe produit par une vive lumière ; il est aboli dans les lésions du lobe occipital : une lueur intense produite dans la moitié abolie du champ visuel d'un hémianopsique ne provoque plus l'occlusion des paupières.

C'est en second lieu le mouvement de la paupière supérieure, associé au mouvement d'élévation des globes occulaires[1]. Ces deux mouvements étant sous la dépendance de chacun des deux lobes occipitaux, ne sont pas troublés dans les lésions unilatérales. Peut-être le serait-il dans l'hémianopsie horizontale supérieure ; mais l'existence de celle-ci est trop discutable.

b) *Dans les lésions du centre oculo-moteur antérieur*[2]. — Lorsque celles-ci sont isolées et unilatérales, les troubles sont encore peu importants. Dans l'hémiplégie motrice complète il est fréquent de trouver une intégrité presque complète de la musculature oculaire et palpébrale. On sait à quelles discussions a donné lieu en particulier l'intégrité apparente de l'orbiculaire (facial supérieur).

Pour expliquer cette intégrité il n'est peut-être pas suffisant d'invoquer, comme on l'a fait, l'innervation symétrique et bilatérale : les muscles oculaires et palpébraux obéissent non pas à deux, mais à *quatre* centres, deux de chaque côté ; l'un d'eux peut être supprimé sans que la motilité soit abolie.

Ce n'est pas à dire cependant que la suppression de ce centre

[1] On sait que la dissociation de ces mouvements dans le goitre exophtalmique constitue le signe de de Graefe.

[2] Cette partie de notre sujet vient d'être étudiée d'une façon magistrale par Miraillé (*Arch. Neur.*, 1899, n° 1). Ce travail très complet nous permettra d'être bref.

ne doive provoquer aucun trouble ; en fait, ces troubles existent, mais sont très légers.

A l'état normal il nous est possible de fermer et d'ouvrir un œil isolément ; dans l'hémiplégie organique, ces mouvements isolés deviennent impossibles du côté paralysé (Revillod). Brissaud et Souques ont contesté la valeur clinique de ce symptôme, en observant qu'à l'état normal un certain nombre d'individus n'ont pas la faculté de fermer un œil isolément. Pugliese (*Revista di Patologia nervose et mentale*, janvier 1897, vol. VII, n° 1, p. 14) a fait remarquer que tandis que ce signe ne s'observe que chez 27 p. 100 des individus normaux, presque *tous* les hémiplégiques le présentent. De plus, il en est qui affirment que son apparition date de l'ictus.

Si après avoir fait fermer les yeux à un hémiplégique, nous plaçons nos deux pouces sur ses paupières et que nous lui ordonnions d'ouvrir les deux yeux, nous sentons manifestement que le mouvement s'exécute avec moins de force du côté paralysé. De même, en s'opposant à l'occlusion de la paupière, on sent que l'orbiculaire se contracte avec moins de force.

Enfin, très souvent, il y a une modification de l'état statique, du tonus musculaire : tantôt un rétrécissement, tantôt un élargissement de la fente palpébrale (Pugliese) [1].

En résumé, l'existence dans chaque hémisphère d'un double centre oculo-moteur nous explique très bien pourquoi dans l'hémiplégie la musculature oculaire et palpébrale [2] reste relativement indemne.

Plus difficiles à expliquer sont les cas où une lésoin unilatérale a, contrairement à la règle, paralysé complètement soit l'orbiculaire (Chvostek, Huguenin, Pugliese et Milla) [3], soit le releveur (Grasset, Landouzy, Chauffard, Lemoine, Surmont, Gianelli, etc.). Ce sont ces faits qui ont servi de

[1] V. Miraillé, *loc. cit.*

[2] *In* Pugliese, *loc. cit.*

[3] Si les autres muscles innervés par le facial supérieur restent aussi indemnes, c'est probablement qu'ils obéissent aux mêmes centres, et que chacun des centres oculo-moteurs commande à tous les muscles groupés autour de l'œil. On connaît d'ailleurs l'association fonctionnelle qui existe entre le releveur et le frontal, association rompue dans le goitre exophtalmique (signe de Joffroy).

base à la conception d'un centre particulier pour le facial supérieur et d'un autre centre pour le releveur.

Le centre du releveur a été localisé par Grasset[1] et Landouzy[2] au niveau du pli courbe, par les auteurs anglais (Ferrier, de Bono, Hartley Bunting) au niveau du pied de la deuxième frontale ou de la partie inférieure de la frontale ascendante. Le centre de l'orbiculaire (c'est-à-dire du facial supérieur) est placé aussi au niveau de cette dernière région par la majorité des auteurs. Cependant Mendel le localise au pli courbe, en se basant sur des expériences d'Exner et Paneth, qui, par l'excitation de cette région, obtinrent chez les animaux des contractions de l'orbiculaire du côté opposé.

On peut mettre tous ces auteurs d'accord en admettant qu'il existe non pas un, mais deux centres, et que chacun d'eux commande non pas tel ou tel muscle, mais tout l'appareil meteur de la vision. Ces deux centres sont l'oculo-moteur antérieur et l'oculo-moteur postérieur. Ce dernier, il est vrai, ne siège pas au niveau du pli courbe, mais à la face interne du lobe occipital; les fibres centrifuges qui en partent passent au-dessous du pli courbe, d'où les effets des lésions et des excitations de cette région.

La lésion des deux centres (ou de leurs fibres de projection) du même côté peut ne produire que des troubles légers. puisque ceux du côté opposé continuent à agir bilatéralement. Mais chez certains individus ayant une synergie fonctionnelle moins complète, par conséquent, une action bilatérale des centres moins solidement établi ; une lésion unilatérale pourra déterminer une véritable paralysie, de même qu'une lésion unilatérale peut quelquefois déterminer des troubles bulbaires assez accentués.

En résumé, la lésion isolée d'un des centres oculo-moteurs ne produit que des troubles très minimes du côté des paupières; chez la plupart des individus, la lésion des deux centres du même côté produit des troubles légers; dans quelques cas rares, la lésion des deux centres du même côté peut produire la paralysie du releveur.

La *ptosis d'origine corticale* nous parait donc avoir, dans la majorité des cas, comme condition anatomique, une lésion

[1] Grasset. *Progrès médical*, 1876, p. 406.

[2] Landouzy. *Arch. gén. de médecine*, 1877.

atteignant les *deux* centres oculo-moteurs. Et en effet, le plus souvent, on trouve à l'autopsie des lésions très étendues ou multiples. Il est cependant quelques cas où la lésion étant plus limitée, l'interprétation est plus difficile.

Nous ne pouvons reprendre ici d'une façon complète la discussion de ces faits, elle a été faite ailleurs (Charcot et Pitres [1], Lemoine [2], Surmont [3]). Contentons-nous d'examiner les faits qui ont été considérés comme les plus démonstratifs d'un centre unique.

Dans le cas de Lemoine, le malade eut en même temps que sa blépharoptose une parésie du bras gauche, et, l'autopsie, en même temps, qu'un ramollissement du pli courbe, montra une hémorragie du pied de la deuxième frontale. Celle-ci, il est vrai, était récente, mais il est tout au moins impossible d'affirmer que cette région (correspondant précisément au centre oculo-moteur antérieur) fût saine. Dans le cas de Grasset, il y avait une méningite diffuse de la convexité des deux hémisphères. Dans le cas de Chauffard, la lésion s'étendait jusqu'à la pariétale ascendante, de même que dans celui de Surmont. Dans les cas de Landouzy et de Gianelli [4] il s'agissait de tumeurs pouvant agir à distance.

Même dans ces cas, il n'est donc pas illogique que les deux centres oculo-moteurs, ou leurs fibres de projection, aient été lésés simultanément. Nous ne parlons pas des autres faits où les lésions étaient toujours multiples ou très étendues.

Il n'est pas impossible cependant que la paralysie des muscles palpébraux puisse être due à la lésion d'un *seul* centre, du centre oculo-moteur antérieur. Il s'agirait alors d'une sorte d'inhibition fonctionnelle, de modifications du tonus, etc.

Faut-il interpréter de même les cas où, contrairement à la règle, le facial supérieur est paralysé par une lésion hémisphérique ? Faut-il voir là la conséquence d'une lésion des *deux* centres oculo-moteurs ? Nous serons beaucoup plus réservé à ce sujet à cause de la rareté des faits et leur ancienneté, du manque de précision dans les observations.

[1] Charcot et Pitres. *Bibl. Charcot-Debove.*

[2] Lemoine. *Rev. de médecine*, 1887, p. 579.

[3] Surmont. *Th. Lille*, 1887.

[4] Gianelli. *La blepharoptose d'origine corticale* (*Rivista quindicinale di Psicologia, Psich., Neurol*, 1897, 1er mai, n° 1, p. 4).

II. *Troubles des mouvements oculaires dans les lésions hémisphériques bilatérales.* — *Les lésions bilatérales des deux centres postérieurs* sensorio-moteurs nous arrêteront peu. Ils déterminent en même temps que la cécité corticale l'abolition des mouvements réflexes conscients étudiés plus haut (mouvement réflexe de latéralité, convergence, contraction irienne de la vision rapprochée, accommodation) avec conservation des mouvements réflexes inconscients (réflexe irien à la lumière, clignement produit par la sécrétion lacrymale) se passant dans les noyaux gris de la base, et des mouvements dits volontaires se passant dans le centre antérieur sensitivo-moteur.

Les lésions bilatérales du centre oculo-moteur antérieur, ou de ses fibres de projection, sont beaucoup plus intéressantes, et nous y insisterons un peu plus longuement. Etant donné les relations de voisinage de ce centre avec ceux de la langue, des lèvres, du pharynx et du larynx, c'est dans les paralysies pseudo-bulbaires que nous devions chercher l'existence des troubles dus à une double lésion du centre oculo-moteur antérieur. Ces troubles paraissent très rares, peut-être parce qu'ils sont très facilement méconnus, comme nous le montrerons dans un instant. Voici d'abord les observations que nous avons pu réunir.

OBSERVATION I (Tournier, *Rev. de méd.*, 1898, p. 671).

Femme de quarante ans, est atteinte d'abord d'hémiplégie droite avec aphasie. Dix mois après, attaque convulsive suivie de monoplégie gauche, de paralysie complète des mouvements volontaires de la langue, des lèvres, des muscles de la face, trismus, déviation conjuguée de la tête et des yeux. Du côté des yeux on note une « *ophtalmoplégie ne portant que sur les mouvements volontaires avec conservation des mouvements réflexes* ». « La malade, dont l'intellect et la volonté sont intacts, *ne peut mouvoir volontairement ni ses globes oculaires, ni ses paupières, ni son front, ni ses joues.* Par contre, de temps à autre, *involontairement, sous une influence réflexe probablement, sont obtenus quelques mouvements peu accusés des globes oculaires et les yeux peuvent se fermer* ».

Autopsie. — *A droite* « foyer de ramollissement occupant tout le segment externe du noyau lenticulaire, la capsule externe, et respectant l'avant-mur. C'est un ramollissement qui a une couleur jaune d'ocre. Sur la coupe qui porte sur la pariétale ascendante et sur la face répondent exactement à la coupe précédente, on

voit que le ramollissement contourne en somme suivant un trajet rectiligne la face externe de tous les noyaux gris ».

A gauche, ramollissement occupant le segment externe du noyau lenticulaire, et plus en avant la partie supéro-interne de la couche optique. « Sur le pli de passage du lobule pariétal supérieur avec la pariétale ascendante, on trouve une petite tumeur semi-hémisphérique, très dure, de la grosseur d'un demi pois ».

Observation II (Tiling, *Petersb. med. Zeit*, 1874, s. 251 in *Wernicke Arch. f. Psych.* t. XX, p. 273).

Le malade atteint de paralysie pseudo-bulbaire présentait du côté des yeux les symptômes suivants : « Les yeux sont déviés à gauche et ne peuvent pas *volontairement* être dirigés à droite, en haut ou en bas ; cependant ces mouvements peuvent se produire d'une façon *involontaire*. En outre, le malade ne peut pas fermer volontairement les paupières, mais l'occlusion réflexe se produit ».

A l'autopsie : « Dans l'hémisphère gauche grand foyer de ramollissement gris jaunâtre comprenant les deux circonvolutions centrales dans toute leur longueur, le lobule pariétal inférieur, et la plus grande partie de la région postérieure des trois circonvolutions frontales et de l'insula.

A droite : foyer analogue mais plus petit comprenant la base des deux circonvolutions frontales inférieures et la partie adjacente de la frontale ascendante. Dans la profondeur la lésion atteint à peine la substance blanche ».

Ces deux observations sont extrêmement intéressantes et réalisent un tableau clinique tout particulier et qui mérite de retenir l'attention. Dans celui de Tournier il y avait une « ophtalmoplégie ne portant que sur les mouvements volontaires, avec conservation des mouvements réflexes ». La malade qui « ne peut mouvoir volontairement ni ses globes oculaires, ni ses paupières, ni son front, ni ses joues », présente cependant « de temps à autre, involontairement sous une influence réflexe probablement quelques *mouvements peu accusés des globes oculaires* et les yeux peuvent se fermer.

Grâce à l'obligeance de M. Devic et de M. Tournier, il nous a été permis d'examiner cette malade. Etendue dans son lit, avec le masque immobile de la paralysie pseudo-bulbaire, la malade n'attirait nullement l'attention du côté de ses yeux : ceux-ci ne présentaient aucune déviation, pas de strabisme ; de temps en temps le clignement se produisait normalement ;

son regard se fixait sur les personnes qui l'approchaient. *Les troubles du côté des yeux pouvaient très facilement passer inaperçus.* Tous les mouvements ayant pour origine une excitation de la rétine (mouvements de latéralité, convergence, constriction de la pupille, clignement produit par une lumière, par l'approche du poing) s'exécutaient normalement. Nous savons maintenant que ces mouvements ont leur centre de réflexion dans le lobe occipital. Si au contraire on commandait à la malade de fermer les yeux, elle s'y efforçait en vain, alors qu'il suffisait d'approcher la main pour obtenir ce mouvement. Il en était de même si on lui demandait de regarder à gauche ou à droite. Les mouvements oculaires et palpébraux, chez cette malade, ne pouvaient plus être déterminés que par une impression rétinienne. Les sensations venues d'ailleurs, l'excitation transmise par les centres d'associations (V. plus haut : Mouvements volontaires) restaient inefficaces.

L'observation de Tiling est calquée sur la précédente. Dans ces deux cas, il y avait une suppression des deux centres oculo-moteurs antérieurs; les yeux n'obéissaient plus qu'aux centres oculo-moteurs postérieurs. Mais comme ceux-ci sont capables de provoquer des mouvements *parfaitement coordonnés, adaptés à un but, d'apparence volontaire*, les troubles auraient certainement pu passer inaperçus à un examen superficiel; cela a dû certainement arriver très souvent, et voilà pourquoi nous trouvons une telle pénurie d'observations. Les faits suivants sont beaucoup moins concluants, quoique encore très intéressants.

Observation III (Magnus, résumée d'après Lépine. *Rev. de méd.*, 1877, p. 917).

Femme de vingt-cinq ans, atteinte de paralysie pseudo-bulbaire, à la suite de plusieurs ictus. En ce qui regarde les mouvements des yeux, nous citons textuellement. « *Elle ne peut pas davantage fermer les paupières ;* mais comme le bulbe oculaire jouit de tous ses mouvements (?) ainsi que l'élévateur de la paupière supérieure, les paupières ne sont pas absolument immobiles. Bien que les *paupières ne puissent être fermées volontairement, elles le sont et d'une manière complète si l'on approche vivement la main des yeux, si on expose les yeux à une vive lumière, ou bien dans l'éternuement. Dans le sommeil les paupières sont aussi fermées parfaitement ;* les mouvements de l'iris sont intacts. La malade ne peut

plisser le front et les sourcils ; elle ne peut davantage mouvoir les ailes du nez, les joues et la peau du menton, etc. ». Il existait en outre des troubles de la mastication, de la déglutition, de la parole.

Autopsie (Froriep). « Dans l'hémisphère droit, au bord externe, là où le lobe antérieur et le lobe moyen se confondent, kyste hémorragique ayant détruit deux circonvolutions. La cavité pouvait contenir une petite noix ; la face interne était tapissée par une membrane jaune. »

Observation IV (Grasset, in *Leç. cliniques*, 1898, p. 494).

Homme de quarante-cinq ans, entré le 9 décembre 1896 au n° 6 de la salle Fouquet : il ne parle pas, n'articule aucun mot. Il aurait (d'après le dire de sa famille) perdu la parole le 11 novembre 1896, après un ictus nocturne sans perte de connaissance qui laissa une hémiplégie gauche sans aphasie. Deux jours après un deuxième ictus entraînait la déviation de la bouche et l'aphasie.

Déjà trois ans auparavant il s'était produit un ictus avec sensation de gêne et de pesanteur dans le bras gauche, puis paralysie de la jambe gauche avec hémianesthésie. Un an après il y avait eu une deuxième poussée ; trois mois après une troisième avec hémiplégie gauche. Il en était résulté une gêne à mâcher et à mouvoir la mâchoire.

Nous relevons donc cinq ictus. C'est de plus un alcoolique. On ne trouve pas d'hérédité.

La physionomie est toute spéciale, sans expression de sentiments, c'est un masque figé ; les lèvres supérieure et inférieure sont paralysées ; il y a impossibilité de siffler et de souffler. La langue, non atrophié, ne peut pas dépasser les arcades dentaires ; ses mouvements de latéralité sont complètement impossibles. Les mouvements de la mâchoire inférieure sont très difficiles et limités. Les mouvements des muscles jugaux sont abolis. Les réflexes de la luette et du voile palais sont conservés, le goût est conservé, la sensibilité de la face aussi.

Notre homme présente de la dysphagie ; s'engoue facilement. Il refoule les aliments avec les doigts au lieu de la langue. *Le froncement des frontaux est impossible. Les yeux sont grands ouverts. Il ne peut absolument pas les fermer volontairement ; clignote à la lumière et à l'approche brusque de la main ; dort les yeux fermés.* La vue est bonne ; pas de lésions ophtalmoscopiques.

Ces deux faits (Magnus, Grasset) sont absolument comparables aux précédents (Tiling, Tournier) ; seulement les trou-

bles sont limités aux paupières : est-ce parce que les mouvements oculaires ont été insuffisamment explorés ?

Là encore nous trouvons une suppression des mouvements *volontaires* avec conservation des mouvements *réflexes*. Là encore il faut admettre une suppression des deux centres oculomoteurs antérieurs avec conservation des centres oculo-moteurs postérieurs. Nous avons assez insisté plus haut sur le rôle de ceux-ci pour qu'on ne nous objecte pas que ce clignement réflexe avait son siège dans les noyaux de la base : nous avons vu que ce clignement réflexe était supprimé quand le centre postérieur était lésé : approchez le poing du visage d'un hémianopsique, il restera impassible tant que vous resterez dans la moitié obscure de son champ visuel.

Ces quatre observations sont les seules vraiment probantes que nous ayons trouvées. Wernicke [1] cite bien encore un cas d'Andral, et un autre de Thomson, mais l'examen des yeux nous a semblé insuffisant.

On doit très probablement ranger dans la même catégorie deux observations d'Oppenheim et Siemerling (*Charite Annalen*, 1897). Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de soixante-cinq ans atteint de paralysie pseudo-bulbaire, et présentant *une paralysie incomplète des mouvements de latéralité des yeux*. Dans le second cas, un malade âgé de quarante-neuf ans, atteint également de paralysie pseudo-bulbaire, présentait des *mouvements de latéralité des yeux incomplets à gauche*.

Nous préférons ne pas faire usage de ces observations, car dans les deux cas il y avait des *lésions bulbaires*. Dans le premier : petit foyer de ramollissement dans le raphé, au niveau des tubercules quadrijumeaux antérieurs. Dans le second : petits foyers dont deux sont situés symétriquement à côté des fibres descendantes de la sixième paire.

Enfin on pourrait aussi à la rigueur invoquer un cas d'Anderlya [2] : il s'agissait d'un malade de la clinique de Leyden, âgé de cinquante-deux ans, charpentier, atteint après plusieurs ictus de paralysie pseudo-bulbaire, et présentant une impossibilité de porter le regard à gauche. Cette observation nous a paru trop incomplète.

[1] Wernicke, *loc. cit.*, p. 273 et 274.

[2] Anderlya. *Dissertation inaugurale*. Berlin, 1892. (In *Neur. Centr.*, 1892, p. 473.)

Nous nous baserons donc seulement sur les quatre observations de Tiling, Tournier, Magnus et Grasset, pour établir l'existence d'un tableau clinique tout particulier caractérisé par *l'abolition des mouvements volontaires des globes oculaires et des paupières, avec conservation de mouvements réflexes variés, coordonnés, adaptés, pouvant en imposer pour des mouvements volontaires.*

C'est ici le lieu de revenir sur un point de physiologie normale que nous avons laissé dans l'ombre. Tout mouvement est réflexe, avons-nous dit : le mouvement dit volontaire est celui qui dans son circuit comprend un centre d'association. Dans la traversée de celui-ci apparaissent les deux faits de *conscience* qui caractérisent le mouvement volontaire : il est précédé de la représentation du mouvement à exécuter, et il s'accompagne de l'illusion de la liberté. Nous savons qu'un tel mouvement peut passer par le centre oculo-moteur antérieur. Les quatre observations que nous avons citées nous répondent qu'il n'en est pas de même pour le centre oculo-moteur postérieur. L'incitation qui met en action le centre oculo-moteur antérieur peut venir non seulement de la périphérie mais des centres voisins. L'excitation qui met en jeu le centre oculo-moteur postérieur vient directement de la périphérie par les radiations optiques [1].

Wernicke [2] qui rapporte le cas de Tiling et y joint celui d'Andral et celui de Thomson, avait parfaitement vu tout l'intérêt du tableau clinique que nous avons décrit. Il assimile absolument ces troubles aux paralysies pseudo-bulbaires, et propose le nom d'ophtalmoplégie pseudo-nucléaire [3] : plaçant le centre des mouvements des yeux dans le lobule pariétal inférieur, il admettait que l'ophtalmoplégie pseudo-nucléaire était due à une double lésion des lobules pariétaux inférieurs.

[1] Cette conclusion ne vaut que pour les quatre cas que nous avons rapportés, il est possible que chez d'autres sujets, le centre oculo-moteur postérieur puisse jouer un rôle dans les mouvements volontaires. Cela nous expliquerait pourquoi les troubles oculaires sont si rarement signalés dans les paralysies pseudo-bulbaires.

[2] Wernicke, *loc. cit.*

[3] Dans un travail fait en collaboration avec M. Devic, nous avions cru trouver un exemple d'ophtalmoplégie pseudo-nucléaire (*Rev de médecine*, 1896, p. 412). Nous rattachons aujourd'hui cette observation au syndrome d'Erb.

Il est inutile de renouveler ici les observations présentées plus haut sur cette localisation. Nous ferons simplement remarquer que l'observation principale (celle de Tiling), sur laquelle il s'appuie, est peu favorable à cette opinion. En effet, si à gauche les lésions atteignaient le lobule pariétal inférieur, à droite le foyer beaucoup plus petit respectait celui-ci. Des deux côtés le siège probable du centre oculo-moteur antérieur (pied de la deuxième frontale) était atteint. L'observation est donc beaucoup plus favorable à notre opinion.

Conclusions. — 1° L'anatomie normale, l'expérimentation, l'observation clinique et anatomo-pathologique, s'accordent à démontrer que l'œil possède au point de vue moteur, de même qu'au point de vue sensitif, deux zones de projection corticales. L'une, le centre oculo-moteur antérieur, correspondant à la zone de projection de la sensibilité générale (trijumeau), a son siège probable au niveau du pied de la deuxième frontale. L'autre, le centre oculo-moteur postérieur, correspond à la zone de projection sensorielle (rétine) au niveau de la face interne et inférieure du lobe occipital.

2° Chacun de ces centres agit bilatéralement, et tient sous sa dépendance non seulement les muscles innervés par les nerfs oculo-moteurs, mais aussi l'orbiculaire des paupières (septième paire), c'est-à-dire en somme tout l'appareil moteur de la vision.

3° La lésion isolée du centre oculo-moteur antérieur peut produire : *a*) la déviation conjuguée des yeux ; *b*) des troubles légers des mouvements palpébraux.

4° La lésion isolée du centre oculo-moteur postérieur produit la déviation conjuguée des yeux, et l'hémianopsie. La lésion du pli courbe agit de même par l'intermédiaire des fibres sous-jacentes provenant de la face interne du lobe occipital.

5° Le ptosis d'origine corticale est peut-être dû à une lésion simultanée des deux centres oculo-moteurs du même côté.

6° Une lésion bilatérale et symétrique atteignant les deux centres oculo-moteurs antérieurs ou leurs fibres de projection produit un tableau clinique tout particulier caractérisé par l'abolition des mouvements volontaires des yeux et des

paupières avec conservation de mouvements réflexes coordonnés, adaptés et conscients. Ces mouvements sont sous la dépendance des centres oculo-moteurs postérieurs restés intacts.

PATHOLOGIE NERVEUSE.

DE L'APOPLEXIE PROGRESSIVE

DE SA VALEUR EN TANT QUE SYNDROME ANATOMO-CLINIQUE SPÉCIAL ;

Par F.-J. BOSC et V. VEDEL (de Montpellier).

L'*hémorragie cérébrale* ne se marque pas toujours par l'attaque d'apoplexie brutale. En dehors des cas où elle peut ne se traduire que par des troubles paralytiques, il en est d'autres dans lesquels les phénomènes apoplectiques se montrent graduellement pour n'aboutir que plus ou moins tardivement au coma et à la mort.

C'est à cette dernière forme que l'on a depuis longtemps déjà donné le nom *d'apoplexie progressive* « ingravescent apoplexy ». Fletcher [1] la décrit en 1846 et William Gull [2] en relate plusieurs cas typiques dans un mémoire de 1859 sur les anévrysmes des vaisseaux cérébraux. Pour Abercrombie et Thomas Watson [3] qui en ont donné une description précise, les traits caractéristiques de cette forme d'apoplexie consistent dans l'absence de perte de connaissance au début, l'aggravation graduelle des symptômes : malaise, céphalée, vomissements, confusion, paralysies, la terminaison fatale dans le coma avec ou sans convulsions. — Cette symptomatologie correspondrait à une hémorragie abondante pouvant se faire jour dans les ventricules.

[1] Fletcher. *Ingravescent apoplexy* (*Med. Times London*, 1846, XIII, 415).

[2] William Gull. *Cases of aneurism of the cerebral vessels* (*Guy's Hosp. Reports*, 1859, 281).

[3] In Broadbent. *On ingravescent apoplexy* (*Med. chir. Transact.*, 1876, LIX, 335).

Broadbent [1] a repris cette étude en 1876 en se basant sur cinq observations personnelles. Cet auteur a voulu montrer que l'apoplexie progressive n'est pas seulement en rapport avec un épanchement de sang abondant, mais encore que la localisation de l'hémorragie est constante. Le territoire hémorragique serait situé sur le côté externe du noyau strié extra-ventriculaire, entre ce ganglion et la capsule externe, et il existerait un rapport étroit entre la symptomatologie et le siège de la lésion.

Depuis ce travail qui tendait à faire de l'apoplexie progressive un syndrome anatomo-clinique spécial, la question ne paraît pas avoir attiré beaucoup l'attention. Cependant en 1889, M. Puech [2] et, peu de temps après, M. Mossé [3] publient chacun une observation d'apoplexie progressive, avec hémorragie située sur la face externe du noyau ventriculaire et venant ainsi à l'appui des idées de Broadbent.

Deux cas qui sont venus à notre observation et qui ont présenté quelques particularités, tant au point de vue anatomique que symptomatique, nous ont amenés à reprendre l'étude de cette question et à envisager surtout l'étroitesse du rapport que Broadbent s'est proposé d'établir entre l'évolution des symptômes et la localisation de la lésion.

Le *tableau symptomatique* de l'apoplexie progressive avait été déjà bien tracé dans les observations de William Gull et dans la description de Thomas Watson : « Le coma n'est pas le premier symptôme. La maladie commence ordinairement par une douleur de tête soudaine et aiguë. Le malade devient pâle, défaillant, vomit le plus souvent, et quelquefois mais non toujours tombe dans un état syncopal avec refroidissement de la peau et un pouls faible. Il peut apparaître aussi quelques convulsions. Parfois le malade ne tombe pas, la douleur de tête ne s'accompagnant que d'un état de confusion passager. Dans les deux cas, ces symptômes disparaissent au bout de peu de temps ; le malade revient à lui et peut marcher, mais la douleur de tête persiste. Après un temps qui peut varier de quelques minutes à quel-

[1] Broadbent. *On ingravescent apoplexy. A contribution to the localisation of cerebral lesions* (*Medico-chir. Transactions*, vol. LIX, p. 335, 1876).

[2] Puech. *Apoplexie progressive et hémorragie ventriculaire* (*Progrès médical*, 1889).

[3] Mossé. *Soc. de méd. et de chir. prat.* (*Gaz. hebd.*, Montpellier, 1889).

ques heures et plus, le malade devient lourd, oublieux, incohérent et tombe dans le coma d'où il ne sortira pas. Parfois apparaît une paralysie d'un côté, mais le plus souvent il n'y a pas de paralysie » (Watson).

Broadbent a complété cette description. D'après lui, en dehors de la modalité progressive de l'attaque qui en est le caractère distinctif, il semblerait toujours se produire à un moment donné comme symptômes principaux des vomissements, une hémiplégie avec hémianesthésie et du sopor. Il attire l'attention sur un léger degré de paralysie faciale, sur la déviation latérale des yeux presque constante, avec parfois déviation conjuguée de la tête et des yeux, sur la formation rapide d'eschares et la mort dans le coma profond pouvant s'accompagner de contractures des membres paralysés et de mouvements convulsifs des membres sains, — ces derniers phénomènes en rapport avec la pénétration du sang dans le ventricule.

Les trois observations nouvelles que nous apportons reproduisent dans leur ensemble les caractères donnés par Broadbent comme typiques de l'apoplexie progressive, mais avec toutefois, comme nous le disions plus haut, quelques particularités qu'il nous a paru intéressant de relever.

Observation I (M. Mossé) [1].

Femme, soixante-dix-sept ans, hospitalisée à la Clinique des vieillards, service de M. Mossé.

Ne présentait rien de particulier, lorsque le 1er mai 1888, après une sortie en ville, elle rentre à 2 heures de l'après-midi taciturne, la figure renfrognée. Sans rien dire, elle va se coucher directement, ne répondant pas aux questions de ses voisines. Vomissements verdâtres fréquents. — A 8 heures, les vomissements cessent, mais la malade présente de légères secousses convulsives plus marquées du côté droit. — Si on l'interroge, elle montre par sa physionomie et des pressions de main qu'elle comprend, mais elle ne peut parler. — Chute des paupières.

Le 2 mai matin, on constate une hémiplégie droite avec anesthésie. Température 38°. — Le 3, déviation de la tête et des yeux du côté gauche. Température 39°,2 à droite, 38°,8 à gauche.

[1] M. le professeur Mossé a bien voulu nous communiquer cette observation au sujet de laquelle il avait déjà présenté quelques réflexions à la Société de médecine et de chirurgie pratique de Montpellier (*Gaz. hebd. de Montpellier*, 1889). Nous sommes heureux de l'en remercier.

— Le 4, la tête et les yeux tournent brusquement à droite; convulsions; mort à 8 heures du matin.

A l'*autopsie*, méninges un peu épaisses. A la partie antérieure du lobe frontal gauche on trouve un caillot de 3 centimètres de haut sur 4 centimètres de long, ayant dilacéré la substance cérébrale et faisant saillie sous les méninges molles. A la palpation du lobe frontal on est frappé de son peu de consistance; il se laisse profondément déprimer. A la coupe, toute la partie antérieure de l'hémisphère est creusée par un caillot qui a mangé la substance cérébrale depuis la partie antérieure de la troisième frontale jusqu'à la scissure de Rolando. Il s'étend en dehors jusqu'au niveau du corps calleux et en arrière vient dilacérer la capsule externe.

OBSERVATION II (Vedel).

C... Léon, cinquante-cinq ans, tailleur d'habits, entre à la clinique du professeur Grasset le 18 février 1898, salle Fouquet, n° 15.

Les renseignements fournis par les personnes qui l'accompagnent nous apprennent que la veille vers les 2 heures de l'après-midi, notre malade jusque-là en état de santé convenable, a éprouvé un fort mal à la tête avec vertige et s'est laissé choir. Il a pu se relever, demander secours, et l'on n'a constaté à ce moment qu'une certaine difficulté d'élocution, la connaissance restant entière. Dans la soirée la marche devint impossible et il se montra de la somnolence. La connaissance cependant n'était pas abolie, et dans la voiture qui le portait le lendemain matin à l'hôpital, le malade put demander : « Où me conduisez-vous ? »

A la visite, on se trouve en présence d'un homme qui ne peut se faire comprendre verbalement. Il entend les questions qu'on lui pose mais ne peut y répondre que par un bredouillement inintelligible. La connaissance persiste mais elle est obnubilée. Le malade est en état de somnolence avec une respiration inégale et ronflante, et dès qu'on s'arrête de le questionner, il s'endort aux trois quarts.

Il existe de la déviation conjuguée de la tête et des yeux : la tête est inclinée sur l'épaule gauche, le menton et les yeux sont fixés à droite ; on constate en outre de la paralysie faciale gauche : l'orbiculaire des paupières est intact, mais la commissure labiale est affaissée à gauche, le voile du palais est pendant du même côté, tandis que la langue ne peut dépasser les arcades dentaires. Les pupilles sont égales, myotiques et impassibles. On note encore un certain degré de parésie et d'hypesthésie dans le côté gauche, les phénomènes étant plus marqués au niveau du membre supérieur qu'au niveau du membre inférieur. Les réflexes tendineux sont exagérés. Pas de contractures. Température 38°,3, pouls 80.

Dans la soirée surviennent des vomissements abondants. L'état s'aggrave progressivement : la torpeur s'accentue, l'indifférence devient complète, l'apoplexie se constitue. Température 38°,9.

Le 19 au matin, le tableau de l'apoplexie est réalisé. La connaissance a disparu. Le côté gauche de la face est complètement affaissé. Le myosis persiste. La déviation conjuguée de la tête n'existe plus. Le bras gauche est complètement paralysé, la jambe restant un peu moins atteinte. Les réflexes demeurent exagérés. Pas de contractures. Température 39°,5. Pouls 120. Bientôt survient du stertor. Le malade entre dans le coma et meurt vers 4 heures de l'après-midi avec 40°,5.

Autopsie. — Pie-mère un peu épaissie. Vaisseaux de la base fortement athéromateux. Sylviennes béantes, dures, avec plaques d'athérome sur toute leur étendue.

Hémisphère droit. — La pie-mère enlevée on trouve, à la partie antérieure de la scissure de Sylvius, la surface corticale ramollie et déchiquetée, d'aspect sanglant. Un examen plus attentif montre que la substance cérébrale du pied de la frontale ascendante et du tiers postérieur de la troisième frontale est détruite, dilacérée par des caillots qui font légèrement hernie à l'extérieur.

Coupe préfrontale. — Rien de particulier.

Coupe passant par le pied de la troisième frontale. — Foyer hémorragique faisant une légère saillie à l'extérieur puis s'enfonçant dans la substance blanche sous forme d'une bande étroite qui n'atteint pas la corne antérieure du ventricule.

Coupe passant par le milieu de la frontale ascendante. — Foyer hémorragique volumineux dans la substance blanche en avant de l'insula. Un deuxième foyer siège au-dessous, entre le premier et la partie antérieure de la surface externe du noyau lenticulaire; mais l'hémorragie est séparée du noyau lenticulaire par une bande de substance blanche et se porte en avant à travers le pied de la couronne rayonnante pour aboutir à la corne antérieure du ventricule, sans la perforer.

Coupe passant par le bord antérieur du sillon de Rolando. — Les deux foyers de la coupe précédente sont réunis, formant une vaste hémorragie qui siège surtout au-dessous des circonvolutions en avant de l'insula. Elle se continue en arrière le long de la surface externe du noyau lenticulaire par un prolongement qui reste séparé de la surface même du noyau par une bande de substance blanche et va en s'effilant sans dépasser son tiers postérieur.

Coupe passant par le milieu de la pariétale ascendante. — A ce niveau, l'hémorragie est surtout marquée en avant du noyau lenticulaire en pleine couronne rayonnante. Elle s'étend en arrière vers l'insula, mais plutôt sous forme d'infiltration, en particulier du côté de la capsule externe qui est peu atteinte. Il existe éga-

lement à la partie moyenne du segment externe du noyau lenticulaire une infiltration hémorragique.

Dans les coupes postérieures, l'hémorragie a disparu.

Observation III (Bosc).

X..., femme âgée de quarante-cinq ans; rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ; comme antécédents personnels on note, vers dix-huit ans, des accès de paludisme peu sévères.

Le 3 janvier 1892, cette femme présente une attaque avec paralysie du côté droit. Insuffisance aortique d'origine artérielle. Dans la suite, contracture du côté hémiplégié.

Le 14 février 1894, à 6 heures du matin, la malade se lève et ne présente rien d'anormal, lorsque brusquement elle tombe, perd connaissance et présente des mouvements convulsifs du côté droit, pendant une dizaine de minutes. La résolution devient complète, sauf pour le bras et la jambe du côté droit qui demeurent contracturés; les membres gauches sont en état de paralysie flasque et les paupières sont abaissées. Déviation de la tête et des yeux à droite; pupilles punctiformes, immobiles à la lumière. Respiration très irrégulière et très pénible.

La malade demeure immobile mais bientôt on observe le retour partiel à la connaissance, car si on l'interpelle fortement, elle soulève ses paupières et montre qu'elle entend.

Vers midi, vomissements répétés se faisait sans efforts et par gorgées de liquide jaunâtre.

Température axillaire, 38° à gauche.

Le lendemain 14, même état de résolution; paupières abaissées, léger nystagmus latéral; la déviation de la tête et des yeux a disparu, mais on constate par moments un strabisme divergent assez prononcé. La malade fume la pipe des deux côtés, affaissement des deux commissures, paralysie flasque à gauche.

Dans la soirée, l'œil gauche est dévié en dehors, le droit regardant en avant ; la commissure gauche est maintenant plus abaissée que la droite. La malade a repris une conscience plus marquée; elle montre par sa physionomie et par de légers mouvements du membre inférieur droit qu'elle comprend.

La sensibilité est diminuée fortement à gauche par rapport au côté droit; quand on pique les membres droits, la physionomie de la malade exprime la souffrance et elle fléchit légèrement sa jambe droite; la piqûre du côté gauche, même forte, ne produit qu'une légère grimace. Il existe donc une hémiplégie droite avec contracture et une hémiplégie gauche flasque avec *hémihyposthésie.* Un point intéressant et des plus nets, c'est l'exagération nette des réflexes des deux côtés, surtout des réflexes rotuliens. Pouls 120, température axillaire 38°,8 à droite, 38°,2 à gauche.

Le troisième jour (le 16 au matin) : depuis hier soir vers 10 heures, la malade a perdu progressivement conscience du monde extérieur. Elle est actuellement dans un *coma* complet. Paupières abaissées; œil gauche fortement dévié en dehors, mais de temps à autre l'œil revient par un mouvement très lent, dans l'axe antéro-postérieur. Pupille droite dilatée au maximum ; la gauche demeure punctiforme. Paralysie flasque totale à gauche ; la contracture a diminué à droite. Réflexes rotuliens encore exagérés des deux côtés mais un peu moins qu'hier. Pouls 150, embryocardie. Relâchement des sphincters. Le soir, température 40°,8 à gauche, 40°,6 à droite. Elle meurt à 7 heures, sans convulsions.

Autopsie. — Bras droit contracturé, fléchi dans chacun de ses segments et collé au thorax. Le crâne ouvert, la dure-mère présente son aspect normal. Les méninges molles sont vivement congestionnées ; suffusions sanguines sous-pie-mériennes dans la région sylvienne des hémisphères droit et gauche.

La pie-mère enlevée, on remarque que l'hémisphère droit s'affaisse et s'étale et qu'il existe une véritable fluctuation au niveau de la base dans la région fronto-sphénoïdale.

Si l'on sépare les deux hémisphères par la section du corps calleux, il s'écoule de l'intérieur des ventricules un sang noir comme de la pulpe de rate, très abondant. Le sang s'écoule du ventricule latéral de l'hémisphère droit ; ce dernier étant vidé, l'hémisphère s'aplatit et la substance cérébrale ramollie subit, au niveau de l'insula, une déchirure par laquelle s'échappent de gros caillots noirs.

La plus légère pression déchire la substance cérébrale, pour ainsi dire réduite en bouillie. En explorant avec attention la cavité ventriculaire vidée, on voit qu'il y a inondation complète avec prédominance de l'hémorragie dans le diverticule sphénoïdal. Ce dernier s'est vidé par la rupture produite au niveau de l'insula. Les parois ventriculaires sont ramollies et dilacérées par le sang.

Les coupes verticales, suivant le procédé de Pitres, montrent l'existence d'un vaste foyer hémorragique ayant rejeté les noyaux gris en dedans, ayant détruit la capsule externe et l'avant-mur et une partie du noyau lenticulaire et s'ouvrant à travers la couronne rayonnante dans le diverticule sphénoïdal. Les vaisseaux sont, à ce niveau, athéromateux et criblés d'anévrysmes miliaires.

L'*hémisphère gauche* présente une consistance à peu près normale. On trouve dans le ventricule latéral quelques caillots venant de l'hémisphère droit.

Les coupes de Pitres permettent de constater un petit foyer ocré (foyer hémorragique ancien) sur la surface externe (partie moyenne) du noyau lenticulaire, au niveau de la pédiculo-frontale.

Un peu plus loin, le foyer s'accentue et on a une cavité remplie d'un liquide pulpeux, ocreux, comprise dans le corps lenticulaire et venant faire saillie à sa surface externe, contre la capsule externe.

Au niveau de la coupe frontale, il existe en même temps un foyer ancien du volume d'un haricot, dans la couche optique, à sa surface externe, contre la capsule interne. — La coupe pariétale présente les mêmes lésions, mais plus étendues.

Au niveau de la pédiculo-pariétale, le foyer de la couche optique a creusé presque toute la partie ventriculaire de cette dernière; le foyer externe s'étend tout le long de la capsule externe, en dedans de l'avant-mur.

D'après l'ensemble des observations publiées, nous voyons que le *début* se marque plusieurs fois par du malaise, des sensations de vertige et de fatigue. Le malade de l'observation IV de Broadbent fait 200 mètres ne se sentant pas très solide ; celui de son observation III est dans un état d'ivresse apparente. Nous retrouvons cet état dans notre observation I : la malade marche devant elle, la physionomie inquiète et avec une sensation de malaise et de fatigue. Dans d'autres cas, après quelques troubles vertigineux, le malade tombe, sans perte de connaissance, sans paralysie, avec seulement une sensation de faiblesse ; ou bien encore il présente une chute brusque, avec phénomènes paralytiques, hémianesthésie, déviation de la tête et des yeux, sans perte de connaissance ; enfin le seul symptôme de début peut être une attaque de paralysie qui disparaît rapidement.

L'*absence de perte de connaissance*, quelle que soit la brusquerie et l'intensité des phénomènes de début est un des caractères essentiels de l'apoplexie progressive ; — c'est ce que Watson exprimait en disant que *le coma n'est jamais primitif*. Cependant notre observation III nous montre que la période de début d'une apoplexie progressive *dans son ensemble*, peut aller jusqu'à la perte complète de connaissance : la malade, en effet, tombe brusquement avec une hémiplégie gauche flasque, de la déviation de la tête et des yeux à gauche, des convulsions à droite, des pupilles ponctiformes et un état comateux. Il est vrai que ce coma primitif disparaît rapidement pour laisser ensuite la maladie évoluer comme dans les cas les plus typiques. Ce cas est à rapprocher de l'observation IV de Gull : en se promenant, la malade s'écrie tout à coup : « oh ! ma tête » laisse aller sa

main gauche, vomit et s'évanouit pour revenir à elle après un court intervalle.

La *douleur de tête* peut être un des premiers phénomènes dont se plaint le malade ; mais parfois elle n'apparaît, dans les cas dont le début se fait par une paralysie brusque qu'après cette dernière ; elle n'est même pas signalée dans plusieurs observations.

Les *vomissements* ne font pour ainsi dire jamais défaut, mais constituent ou bien un phénomène de début accompagnant le malaise primitif, ou bien ne se montrent, et cela assez souvent, qu'au bout de quelques heures et même un à deux jours, après la production des phénomènes paralytiques. Parfois peu prononcés et réduits même à de simples nausées, ils peuvent être violents, répétés, et persister jusqu'au moment où le coma terminal s'installe.

Dans les cas les plus typiques, la *paralysie* apparait graduellement tantôt par une paresse croissante de tout un côté, tantôt par des paralysies partielles successivement surajoutées. Ainsi dans l'observation V de Broadbent, il se produit un léger engourdissement du bras droit puis une paresse de la jambe du même côté plus prononcée, enfin une hémiplégie totale. Au lieu d'une marche aussi régulièrement progressive on peut voir, trois jours par exemple après la disparition rapide d'une légère attaque de paralysie du début, se produire brusquement une hémiplégie complète. Enfin dans quelques cas (obs. Puech et obs. III personnelle) les phénomènes paralytiques peuvent atteindre leur maximum d'intensité dès le début sous forme d'une hémiplégie flasque.

La paralysie peut être précédée de *phénomènes convulsifs*. Ainsi dans notre observation I la maladie présente, après du malaise et des vomissements, des secousses convulsives dans le membre supérieur droit et l'on constate le lendemain une hémiplégie droite. Dans plusieurs autres cas, où l'on note des phénomènes convulsifs dès le début, ces derniers se produisent du côté opposé où se fera la détermination paralytique ; il en fut ainsi dans notre observation III, dans l'observation IV de Broadbent, et surtout dans l'observation V de Gull où ces convulsions persistèrent pendant plusieurs heures.

Lorsque l'hémiplégie totale s'est établie, elle ne présente

pas de rétrocession ; elle est flasque bien qu'il puisse exister dans sa période d'établissement une rigidité passagère qui paraît aller de pair avec les mouvements convulsifs signalés dans le côté opposé. Cependant dans l'observation V de Gull, la rigidité persiste jusqu'à la fin dans le côté paralysé.

Dans la plupart des observations l'*état des réflexes* n'a pas été noté ; dans les cas où on les a recherchés au moment de l'apparition des phénomènes paralytiques, on constate qu'ils sont exagérés (obs. II personnelle) ou tout au moins conservés (obs. Gull).

L'hémiplégie est le plus habituellement accompagnée d'*hémianesthésie*. Les troubles de la sensibilité suivent assez généralement la marche des phénomènes paralytiques. Dans les cas où l'hémiplégie se produit brutalement comme phénomène de début, l'hémianesthésie est également complète (obs. de Puech et obs. III). Dans les cas où la paralysie s'est établie progressivement, la marche des troubles sensitifs n'est pas toujours bien indiquée ; mais ordinairement on note une diminution de la sensibilité qui s'accroît progressivement jusqu'à l'hémianesthésie complète lorsque la paralysie est totale, sans toutefois arriver toujours à ce degré : ainsi dans l'observation V de Broadbent on ne constate qu'une hémiparesthésie avec une hémiplégie complète. Il peut se faire au contraire que les troubles sensitifs prédominent au début sur les troubles moteurs : dans l'observation IV de Broadbent, la malade après quelques minutes de malaise présenta une diminution de la sensibilité, puis une hémianesthésie complète au bout d'une heure. Dans l'observation II de Broadbent, alors que l'hémiplégie gauche est totale, on remarque que lorsque le malade sort de son assoupissement, la sensibilité qui paraissait abolie reparaît. Dans notre observation III la sensibilité abolie le premier jour, reparaît au second, pour disparaître définitivement le troisième.

La *déviation de la tête et des yeux* du côté de la lésion, est notée dans la plupart des cas ; lorsque l'hémiplégie est brusque d'emblée elle existe toujours ; elle peut apparaître dès le début coïncidant avec l'hémiparésie (obs. I de Broadbent, obs. II) ou bien elle se montre plus tardivement quand l'hémiplégie s'est établie (obs. V de Broadbent, obs. I de Mossé). Il est à remarquer que dans notre observation II en particulier, la déviation, qui coïncidait avec l'hémiparésie,

disparaît lorsque l'hémiplégie devient complète. Cette disparition paraît du reste marcher avec l'établissement du coma. Dans l'observation I, la déviation de la tête et des yeux qui s'était faite à gauche, se déplaça brusquement du côté droit peu de temps avant les convulsions terminales.

Les *pupilles* sont ordinairement égales, fortement contractées et immobiles, mais on peut observer dans la suite des variations dans leur diamètre : ainsi dans l'observation IV de Gull, les deux pupilles sont d'abord contractées, puis la pupille gauche se dilate, enfin les deux pupilles sont tantôt dilatées, tantôt contractées, sans cause apparente.

Dans la plupart des cas, les malades présentent de l'*embarras de la parole* plus ou moins accentué, sans aphasie. Ce fait est en rapport avec le siège habituel des lésions hémorragiques à droite. Dans les deux cas où l'hémorrhagie siégeait à gauche, on note dans un cas (obs. V de Broadbent) une simple difficulté d'élocution et dans l'autre (obs. I) de l'aphasie vraie.

Broadbent signale fréquemment comme phénomène de début un état de *confusion cérébrale* qui fait ressembler ces malades à des personnes en état d'ivresse. Cet état peut manquer dans les cas où le malade est frappé brusquement par des phénomènes paralytiques ; l'intelligence peut être parfaitement conservée, mais ces malades ne tardent pas à tomber dans un état de somnolence qui s'accuse de plus en plus. Ils s'endorment d'abord facilement, la connaissance demeurant conservée lorsqu'on les éveille ; puis la confusion augmente, la somnolence faisant place au stertor. Le coma profond s'établit tantôt brusquement (obs. I de Broadbent), tantôt d'une façon très progressive. Tandis que dans la plupart des cas la progression se fait d'une façon régulière de la somnolence au coma profond, il est noté dans quelques observations des alternatives de prostration (pendant laquelle il est très difficile d'obtenir des réponses, même par des excitations fortes) et de lucidité de durée variable.

Si l'on envisage la *marche générale* des symptômes l'on voit qu'elle peut être *régulièrement progressive* et pendant une durée de plusieurs jours, jusqu'à vingt-cinq dans un cas de Broadbent (les cas I, II, III, V de Broadbent sont des types de ce genre ; de même nos cas I et II). Après quelque malaise, un sentiment de faiblesse, le malade présente de la céphalée,

des vomissements, un engourdissement d'un bras puis de la jambe, de la difficulté de la parole. A la fin de la journée ou le lendemain, une hémiplégie avec hémianesthésie s'établit ; le bredouillement devient plus accusé ; une tendance au sommeil, de la somnolence coupée de réveils lucides se montrent ; le sommeil devient de plus en plus lourd ; la confusion est plus forte au réveil ; enfin le malade tombe dans le coma et meurt, avec ou sans convulsions,

La mort est, en effet, la *terminaison* dans tous les cas que nous avons réunis. Elle survient plus ou moins tôt, après quelques heures dans les cas les plus rapides, jusqu'à vingt-cinq jours dans les cas les plus prolongés. La régularité de la progression n'est pas d'ailleurs directement en rapport avec la durée de la maladie. Nous avons vu, en effet, qu'il peut exister des périodes intercalaires de lucidité, — une sorte d'amélioration — au milieu desquelles le coma peut survenir tout à coup.

En résumé, si l'*ingravescent apoplexy* peut constituer au point de vue clinique une *forme d'apoplexie*, elle doit cette distinction au caractère progressif de l'évolution des symptômes et non aux symptômes eux-mêmes. Ces derniers se retrouvent dans le tableau de l'apoplexie cérébrale en général.

Dans l'apoplexie progressive, la production tardive du coma permet aux symptômes d'apparaître successivement et avec plus d'évidence : de telle sorte que l'on pourrait considérer la période qui s'écoule entre les premiers accidents et le coma comme une période prodromique très prolongée et progressivement aggravée de l'attaque d'apoplexie. Il est à remarquer en effet qu'à côté des attaques d'apoplexie ordinaires avec ictus instantané, il en est dans lesquelles quelques phénomènes prodromiques annoncent l'ictus.

En outre, dans notre observation III, nous voyons que le caractère indiqué comme essentiel, indispensable, pour que l'apoplexie puisse être dite « apoplexie progressive », l' « absence de coma primitif » peut ne pas exister et néanmoins le cas, de par sa marche générale, doit entrer dans cette forme — ainsi la malade après un ictus rapide reprend connaissance et à partir de ce moment la maladie évolue comme une apoplexie progressive type jusqu'au coma terminal.

Enfin, les symptômes relevés ne se reproduisent pas dans

un ordre constant, mais d'une façon très irrégulière ; *il n'y a pas de règle dans la progression.*

Dès lors, comme au point de vue des symptômes et de la marche on trouve tous les intermédiaires entre l'apoplexie progressive et l'apoplexie ordinaire nous pouvons dire que l'apoplexie progressive ne se distingue pas *essentiellement* de l'apoplexie ordinaire.

L'*étude anatomo-pathologique* va-t-elle corroborer cette conclusion ou nous conduire, comme le pense Broadbent, à admettre l'existence d'un syndrome anatomo-clinique distinct.

L'*aspect extérieur* du cerveau peut ne présenter aucune particularité ; mais en général on trouve, en dehors de suffusions sanguines sous les méninges molles, des modifications de la surface cérébrale, notamment au niveau de l'insula et du lobe frontal. Comme le dit Broadbent, l'apparence extérieure fait penser à l'existence d'une pression interne énergique produisant la distension de ces circonvolutions. Cet aspect est surtout remarquable au niveau des circonvolutions de l'insula ; celles-ci sont aplanies, les sillons étant effacés de telle sorte que l'insula apparait comme une élévation ovale et unie. Les circonvolutions frontales peuvent subir la même distension qui les déplisse en forme de sac. En ces points, la substance cérébrale distendue est ramollie, se laisse très facilement déchirer, et de cette déchirure, parfois considérable, s'échappe un caillot volumineux et du sang noirâtre. Si l'on fait, avant que la déchirure ne se produise, une section sur la surface qui bombe, l'on arrive immédiatement sur le foyer hémorragique, à travers une très mince couche de substance cérébrale ramollie. Dans certains cas cependant (Obs. I et II) la déchirure peut se faire spontanément et l'on trouve à l'autopsie un caillot plus ou moins volumineux faisant hernie sous la pie-mère. Dans l'observation I, il existait à la partie antérieure du lobe frontal gauche un caillot faisant une saillie de 3 centimètres de haut sur 4 de large ; à la palpation le lobe frontal se laissait profondément déprimer et l'on voyait s'échapper au niveau de la déchirure du sang coagulé et liquide. Dans l'observation II, il existait au niveau des pieds de la troisième frontale et de la frontale ascendante, une dilacération à bords irréguliers de la substance cérébrale ; ces bords étaient distendus par un caillot noirâtre placé derrière et qui venait affleurer en bouchon à la surface.

On peut encore trouver du sang dans la scissure de Sylvius, dans l'espace interpédonculaire, mais du côté opposé à la lésion. En effet, le sang venant des ventricules latéraux, passe à travers le plancher du quatrième ventricule, dans l'espace interpédonculaire, et de là chemine sous l'arachnoïde pour gagner la scissure de Sylvius du côté opposé, l'écoulement dans la scissure du côté de la lésion étant empêché par la compression du foyer hémorragique.

Les ventricules latéraux sont tantôt à l'état de vacuité, tantôt remplis par une quantité plus ou moins grande de sang noirâtre partiellement coagulé. Broadbent fait remarquer que lorsque le sang a envahi les ventricules latéraux, la corne descendante du côté lésé est toujours vide, le sang ne pouvant y pénétrer par suite de la pression exercée sur elle par le foyer hémorragique. Dans certains cas cependant on a observé que cette corne pouvait aussi être envahie par le sang (obs. III et obs. IV de Gull).

Lorsqu'on fait sortir le sang des ventricules, la surface du cerveau s'affaisse dans les points qui faisaient saillie. Si l'on examine alors la paroi ventriculaire on constate une déchirure longitudinale plus ou moins étendue et siégeant à des niveaux variables.

A la coupe de l'hémisphère, il n'y aurait pas seulement, d'après Broadbent, une hémorragie abondante (ce qui est la règle, qu'il y ait ou non inondation ventriculaire), mais encore la localisation de celle-ci serait « dans certaines limites » constante. Le foyer siégerait sur le côté externe du corps strié extraventriculaire, entre ce ganglion et la capsule externe, dans les fibres qui séparent celle-ci de l'insula.

Le noyau ventriculaire paraît détruit au premier abord, alors qu'en réalité il n'est qu'à peine atteint. En fait, il est complètement disséqué de la capsule externe et rejeté fortement en dedans; il peut toutefois être un peu entamé par l'hémorragie dans sa partie externe (putamen).

L'étude des observations mêmes de Broadbent, montre que l'hémorragie siège, en effet, à la surface externe du corps lenticulaire. Mais elle peut intéresser la substance blanche du pied de la couronne rayonnante en s'incurvant rapidement vers la corne antérieure du ventricule, et formant un gros foyer situé immédiatement en avant du corps strié (à la partie extrême de la capsule interne), ou au loin en pleine région

frontale. L'hémorragie peut se faire ainsi complètement en avant, ne recouvrant même pas toute la surface externe du corps strié. Dans d'autres cas, l'hémorragie qui s'est faite en avant jusque dans le ventricule, dépasse un peu en arrière le noyau lenticulaire et forme ub foyer à la partie la plus postérieure de la capsule interne; ou bien encore le foyer hémorragique s'étend de la région antérieure jusque dans l'extrémité postérieure de la capsule interne comprimant la corne descendante du ventricule et rejoignant une hémorragie de la partie externe de la couche optique. Dans un cas, l'hémorragie était limitée au bord tout à fait postérieur de la face externe du noyau lenticulaire et avait envahi, à travers la capsule interne, la corne occipitale du ventricule.

Dans nos cas, nous voyons (obs. I) l'hémorragie former un foyer énorme situé entre l'insula et le noyau lenticulaire en partie détruit, ne dépassant pas ce dernier en arrière, mais coupant en avant la partie extrême de la capsule interne et venant former un foyer volumineux dans la substance blanche antérieure. Dans le cas III, l'hémorragie s'est faite également entre l'insula et le corps strié ; mais au lieu de se propager en avant, elle se continue en arrière du corps strié, coupe la capsule interne (partie postérieure) et fait par là irruption dans les cornes descendante et occipitale du ventricule. L'observation II est particulièrement intéressante au point de vue de la topographie de l'hémorragie : le foyer principal siège en avant du corps strié dans la substance blanche, et il envoie deux prolongements, l'un en avant jusqu'au niveau de la corne antérieure du ventricule qu'il effleure sans l'ouvrir, l'autre en arrière entre l'insula et le corps strié. Toutefois cette dernière partie de l'hémorragie, au lieu de se faire directement à la surface externe du corps lenticulaire, se fait en dehors, dans l'avant-mur et la substance blanche qui l'avoisine ; elle n'atteint la substance même du noyau lenticulaire que tout à fait à la partie postérieure de ce dernier, il n'y a même là qu'une simple infiltration plutôt qu'une hémorragie. Dans ce cas, le foyer primitif siège évidemment dans le pied de la couronne rayonnante.

D'après Broadbent, l'*abondance* de l'hémorragie s'expliquerait par la dimension du ou des vaisseaux rompus, et par la résistance légère opposée en ce point par la substance cérébrale à l'hémorragie.

Quant à l'absence de coma primitif et à la *marche progressive* de l'apoplexie, on devrait les expliquer par ce fait que jusqu'au moment où la quantité de sang devient très considérable, il n'y a en réalité ni *rupture de fibres ou déchirure de la substance grise*, *ni compression violente de la substance cérébrale*, phénomènes par lesquels on explique ordinairement la production de l'ictus. L'explication de cette particularité serait donnée par la constitution même de la capsule externe : les fibres de cette dernière ne se dirigent pas perpendiculairement du noyau extraventriculaire vers les circonvolutions de l'insula ; mais, venant de la partie inférieure des ganglions, au lieu de continuer leur marche vers la scissure de Sylvius, elles suivent une direction parallèle à la face externe du corps strié extraventriculaire et vont croiser les fibres qui émergent de la capsule interne. L'hémorragie se faisant ordinairement au niveau de l'artère de Charcot, c'est-à-dire à la face externe du noyau lenticulaire, les fibres de la capsule externe se séparent très facilement, sans résistance, du noyau lenticulaire et offrent, par suite, un chemin facile à l'hémorragie. La pression exercée sur la substance cérébrale par le sang extravasé est empêchée par la proximité de la scissure de Sylvius et de la corne descendante du ventricule latéral. Le coma donc ne deviendra profond que lorsque la compression sera portée à son maximum par l'épanchement.

Ainsi, progression de l'hémorragie dans un espace facile à cliver, et au voisinage de cavités empêchant une distension brusque de la substance cérébrale, telles sont les deux raisons essentielles du caractère progressif. L'hémorragie se faisant en avant rencontre, il est vrai, les fibres de la couronne rayonnante ; mais ces fibres, entrelacées en apparence, offriraient, pour Broadbent, moins de résistance qu'un plan continu de fibres serrées et laisseraient l'hémorragie cheminer jusqu'au ventricule.

L'étude des observations nous amène-t-elle à accepter les conclusions de Broadbent ?

Y a-t-il tout d'abord un rapport constant entre l'apoplexie progressive et la localisation étroite indiquée par cet auteur ?

Dans un certain nombre d'observations, l'hémorragie est tellement volumineuse que toute la substance qui sépare le

noyau lenticulaire de l'insula et une grande quantité de substance blanche en avant et en arrière, sont entièrement détruites. Dans d'autres cas, l'hémorragie ne se fait que partiellement au niveau de la surface externe du noyau ventriculaire, et le foyer le plus volumineux se trouve dans la substance blanche, à la partie antérieure ou postérieure. Dans l'observation V de Broadbent, l'hémorragie affleure à peine le noyau lenticulaire et se fait, on peut dire tout entière, entre ce noyau et la corne occipitale du ventricule ; c'est sans doute pour ce motif que Broadbent ajoutait comme correctif à sa formule que « la localisation est, dans certaines limites, constante ». Dans notre cas II, nous avons vu que l'hémorragie ne se faisait pas à la surface externe du noyau extraventriculaire, mais bien dans la couronne rayonnante et qu'elle envoyait simplement un prolongement en arrière dans l'avant-mur, laissant toute la capsule externe en contact avec le noyau lenticulaire.

En somme, dans l'apoplexie progressive, l'hémorragie peut se faire dans cette région étendue que Gendrin, Charcot, Bouchard ont montré être le territoire préféré de l'hémorragie cérébrale. Elle se fait sur le parcours de vaisseaux volumineux, en particulier l'artère de l'hémorragie de Charcot, qui longent la face externe du corps strié et la dépassent en avant et en arrière. L'hémorragie pourra se faire en un point quelconque de ce trajet, soit le long du corps strié, soit au niveau des houppes terminales en pleine substance blanche et au voisinage d'une des cornes ventriculaires. Comme nous trouvons ces divers sièges de l'hémorragie dans nos cas d'apoplexie progressive, nous pouvons dire que dans cette forme d'apoplexie, l'hémorragie n'a point originellement de siège qui lui soit spécial.

Il nous paraît donc difficile d'invoquer une localisation étroite de l'hémorragie dans cette région comme cause de la marche progressive des symptômes. Cette conclusion est bien en rapport avec ce que nous avait laissé penser certains faits cliniques qui nous montraient des intermédiaires entre l'apoplexie progressive et la forme ordinaire de l'apoplexie. D'ailleurs, une observation de William Gull vient nous montrer qu'il n'est même pas nécessaire que l'hémorragie se fasse dans la région habituelle de l'hémorragie cérébrale. Chez son malade, en effet, qui présentait la symptomatologie

typique de l'apoplexie progressive, l'hémorragie siégeait au niveau de la protubérance.

Voici le cas de William Gull. *Cases of the cerebral vessels.* (Guy's Hospital Reports). *Cas. II. Aneurism in the substance of the pons varolii; ingravescent apoplexy.*

W..., quarante-trois ans, femme de cabaretier se plaignait depuis une quinzaine de jours de dyspepsie et de douleurs de tête. Le 26 février 1858, à 7 heures du matin, servant ses clients, elle s'écria brusquement : « Oh ! ma tête, je vais mourir ! » et elle tomba. Après sa chute, elle ne put plus parler, mais elle demeura partiellement consciente pendant deux heures, ouvrant sa bouche quand on le lui demandait, mouvant son bras et sa jambe gauches. A 9 heures, elle entra dans le coma, les pupilles contractées et immobiles, la respiration stertoreuse, faisant des efforts pour vomir qui aboutissaient au rejet d'un peu de mucus. La mort survint trois heures et demie après la chute.

A l'autopsie, on trouva dans le tiers inférieur du pont de Varole sur la ligne médiane, un caillot récent du poids de deux drachmes. Après avoir enlevé ce caillot, on aperçut un anévrysme pyriforme qui faisait saillie du toit de la cavité produite par l'irruption du sang. Rien de particulier dans le reste du cerveau.

Le caractère progressif de l'apoplexie ne paraît donc pas en rapport avec la localisation, dans un point précis, de la substance cérébrale. La cause de la progression est-elle en rapport avec la disposition structurale de la région dans laquelle s'est produite l'hémorragie ?

Nous avons vu que Broadbent explique la progression par la disposition particulière des fibres permettant un clivage facile, et par le voisinage des ventricules et de la scissure de Sylvius, empêchant la compression du cerveau. Mais étant donné le point de départ variable de l'hémorragie dans l'apoplexie progressive, toutes les hémorragies se faisant dans le territoire de l'artère de Charcot, devraient posséder une symptomatologie également progressive !

Peut-être faut-il tenir un certain compte du processus anatomique qui se passe au niveau des anévrismes artériels eux-mêmes et qui permettrait, dans certains cas, une sorte d'usure progressive du sac sans rupture brusque. Au début, une lente extravasation de sang pourrait se faire entre les fibres de la substance cérébrale, au lieu d'une issue brusque capable de provoquer l'ictus. D'ailleurs un fait rapporté par M. Mossé

nous autorise à douter de l'existence d'un rapport entre la progression et la structure même de la région envahie. Chez un malade qui avait présenté le tableau de l'apoplexie progressive, on ne constata à l'autopsie aucune lésion hémorragique, mais seulement un peu d'œdème cérébral avec épanchement de sérosité dans le ventricule. Peut-être est-on autorisé, dans des cas de cet ordre, à attribuer le syndrome de l'apoplexie progressive à des troubles cérébraux liés à l'*urémie* ou à quelque autre auto-intoxication.

En conclusion, l'apoplexie progressive au point de vue clinique peut être considérée comme une forme d'apoplexie, mais qui n'est pas tellement distincte des autres formes qu'on ne puisse trouver des intermédiaires qui les rattachent. D'autre part, l'étude des lésions nous montre que l'hémorragie ne trouve pas strictement son origine au niveau de la face externe du noyau lenticulaire, mais peut se produire dans un point variable d'une zone plus large, constituant la région de l'hémorragie de Charcot, et quelquefois même en des points extrahémisphériques comme le pont de Varole.

Il nous paraît donc difficile d'admettre que l'apoplexie progressive corresponde, comme tendrait à le laisser penser Broadbent, à un syndrome anatomo-clinique précis. Toute sa caractéristique tient dans la formation progressive de l'hémorragie.

L'explication de la progression de cette hémorragie est malaisée. Peut-être faut-il l'attribuer à l'absence de rupture brutale du sac anévrysmatique et à son ouverture par usure avec passage lent du sang dans la substance cérébrale au voisinage d'un point compressible, comme un ventricule ou l'insula.

ÉPILEPTIQUE BRULÉE VIVE. — Mme Catherine Cariton, âgée de soixante-quatorze ans, demeurant à Saint-Just, a été brûlée vive, la nuit dernière, à la suite d'une imprudence ou d'un accident. Elle était descendue de sa chambre, portant une bougie à la main ; comme elle était sujette à des *attaques d'épilepsie*, on suppose qu'elle est tombée et que le feu s'est communiqué à ses vêtements. On s'est empressé de lui porter secours ; mais il était trop tard. La malheureuse est morte dans d'atroces souffrances. (*Le Journal*, 18 juin 1899.) — D'où la nécessité d'une surveillance constante et partant de l'hospitalisation.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Sur les causes de la cyclopie; par le professeur Francesco Legge.
(*Bull. delle scienze mediche*, n° 10, 1898.)

Recherches anatomiques portant principalement sur deux cas de cyclopie chez l'agneau, et conduisant aux conclusions suivantes :

I. Les causes de la cyclopie dépendent d'une soudure précoce des deux parties latérales du tube cérébro-médullaire qui se rejoignent à la partie dorsale pour constituer la vésicule cérébrale antérieure et, de l'époque plus ou moins précoce de cette soudure, dépendent les divers degrés de cyclopie.

II. L'auteur n'admet pas que cette soudure puisse résulter d'une pression exercée par le capuchon céphalique de l'amnios sur l'extrémité céphalique de l'embryon, mais il croit que l'étroitesse du capuchon céphalique, observée et décrite par Dareste dans les cas de cyclopie, dépend des mêmes causes qui ont produit la cyclopie et de l'arrêt de développement de la vésicule cérébrale antérieure.

III. Ces causes auraient leur source dans l'atrophie des rameaux artériels qui portent le sang dans l'extrémité céphalique de l'embryon, d'autant plus que l'atrophie de la vésicule cérébrale antérieure est toujours accompagnée de l'atrophie plus ou moins profonde des arcs branchiaux et des autres organes de la face et parties du crâne.

IV. Les diverses positions que peut présenter la trompe dans la cyclopie, relativement au bulbe oculaire, dépendent des nouveaux rapports qu'affecte la vésicule oculaire primitive déplacée, depuis le front jusqu'à l'ébauche nasale primitive, dans les divers cas de cyclopie. R. Charon.

II. Recherches sur les lésions des centres nerveux consécutives à l'hyperthermie expérimentale et à la fièvre; par M. le Dr Marinesco.

On ne peut pas appliquer sans réserves les données de l'expérimentation constatées chez le lapin, à la pathogénie humaine. L'hyperthermie chez l'homme est très souvent, sinon toujours, in-

fectieuse ou toxique et en cas de constatation des lésions dans les centres nerveux, il faut savoir distinguer ce qui revient à l'hyperthermie de ce qui revient à l'infection; attribuer en bloc à l'hyperthermie seule toutes les lésions trouvées chez un individu mort par suite d'hyperthermie, serait une erreur. Il est fort probable, d'autre part, que la cohésion des granulations élémentaires qui constituent les éléments chromatophiles est plus grande chez l'homme que chez le lapin. En outre l'âge de l'individu peut jouer un certain rôle dans les altérations qui accompagnent les maladies fébriles. L'étude attentive des lésions produites par la fièvre chez l'homme permet à l'auteur d'émettre les conclusions suivantes :

1° La température inférieure à 40°, même quand elle se prolonge pendant plusieurs jours, ne semble pas être suffisante pour produire des lésions semblables à celles que détermine l'hyperthermie expérimentale ;

2° Dans des cas infectieux fébriles, où la température a dépassé 40°, il peut se rencontrer des lésions, lesquelles n'appartiennent pas toujours à l'hyperthermie, parce que leur aspect diffère de celui produit par l'élévation thermique ;

3° C'est surtout dans les cas où la température a atteint 41°, et s'est maintenue à cette élévation pendant quelques heures, que des lésions analogues à celles de l'hyperthermie expérimentale se rencontrent. Elles ressemblent à celles qu'on réalise en faisant varier la température de l'animal entre 43° et 45° : le corps cellulaire est tuméfié, ses éléments chromatophiles ne présentent plus leur aspect normal; à la périphérie, ils font habituellement défaut, alors qu'à la partie centrale ils sont mal individualisés, réduits à des granulations difficiles à définir. La cellule a perdu son aspect stricochrome et prend une teinte plus ou moins foncée, opaque : elle est plus pâle à sa périphérie. (*Revue neurologique*, janvier 1899.) E. B.

III. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des aliénés; par les Drs Doutrebente et Gombault.

Le hasard des rencontres d'autopsie a permis aux auteurs de trouver à peu de temps d'intervalle, deux malformations semblables sous forme de diverticules intestinaux, peut-être à des étapes différentes de leur développement. Leur structure, qui ne révèle pas d'élément inflammatoire, leur histologie macroscopique, qui témoigne de l'existence dans leurs parois des trois tuniques, persistantes (obs. II) ou atrophiées (obs. I) et paraissant accompagnées de leurs éléments glandulaires et vasculaires; l'absence de perturbation organique signalant leur évolution, leur innocuité, tout concourt à leur attribuer une origine congénitale qui semble confirmer le développement embryogénique de l'intestin.

Les difformités ou malformations viscérales doivent-elles être considérées comme des stigmates internes de dégénérescence au même titre que celles relevées sur la face, les membres, etc. ?

Peut-être les malformations internes ne sont-elles plus rares que parce que les observateurs ont négligé de les rechercher. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1899 [1].) E. B.

IV. Les phénomènes de réparation dans les centres nerveux après la section des nerfs périphériques; par A. van Gehuchten. (*Presse médicale*, 4 janvier 1899.)

L'auteur répond aux critiques formulées contre lui par M. Marinesco, dans de récents travaux. S'appuyant sur ses expériences et ses travaux personnels, il s'attache à démontrer que son contradicteur soutient des opinions en désaccord avec des faits d'observations indiscutables. C'est ainsi que M. Van Gehuchten soutient que la section d'un nerf moteur spinal, chez le lapin, n'est pas suivie inévitablement de chromatolyse dans les cellules d'origine des fibres sectionnées, contrairement à ce qui se passe pour tout nerf moteur cranien dont la section entraine toujours une réaction cellulaire précoce. M. Marinesco nie l'exactitude de cette proposition qui est cependant d'accord avec certaines de ses propres expériences. D'après M. Van Gehuchten, il n'est pas prouvé, ainsi que l'affirme M. Marinesco que la réparation des cellules nerveuses, altérées par suite de la section du nerf correspondant, marche plus vite quand les deux bouts du nerf parviennent à se mettre en contact. L'auteur est même porté à penser, mais il ne saurait actuellement le prouver par des faits, que la soudure des deux bouts est sans effet sur les phénomènes de réparation cellulaire. Mais cette soudure lui paraît avoir une influence sur le sort ultérieur des cellules du nerf lésé. Dans le cas où elle a lieu, les cellules reviennent à l'état normal; dans le cas contraire, après ce retour à l'état normal, elles s'atrophient et disparaissent.

M. Van Gehuchten admet qu'à la suite de la section d'un nerf moteur cranien, les cellules d'origine des fibres lésées parcourent d'abord une phase de dissolution des éléments chromatophiles, bientôt suivie d'une phase de réparation des mêmes éléments. Selon M. Marinesco, cette seconde phase n'est pas fatale. Cette

[1] Nous avons l'habitude, et nous ne sommes pas le seul, de faire *aussi complètement que possible* l'autopsie de nos malades. C'est pourquoi il nous a été donné d'observer un certain nombre de *malformations* des *organes internes*, dont quelques-unes ont été consignées déjà dans la collection des *Comptes rendus* de notre service de Bicêtre de 1880 à 1898. Malheureusement cette collection qui a coûté, à nous et à nos internes, beaucoup sous tous les rapports, semble moins connue de nos confrères français que des médecins étrangers. (B.).

divergence d'opinion provient sans doute de ce que M. Marinesco a étudié les lésions cellulaires après l'arrachement et non après la section des nerfs ; or, il est établi que ces procédés d'expérimentation entraînent des résultats dissemblables.

Ces auteurs sont encore en désaccord sur le point de savoir à quel moment après la section de l'hypoglosse, l'hypertrophie des cellules d'origine de ce nerf atteint son maximum. Selon M. Marinesco, ce maximum s'observe du 90e au 100e jour; M. Van Gehuchten rapporte des faits établissant nettement qu'il s'observe du 15e au 20e jour. A la suite de la section du nerf vague dans la région cervicale, les cellules du ganglion noueux de ce nerf, après la phase de chromatolyse, ne présentent pas, d'après M. Van Gehuchten, la phase de réparation, mais s'atrophient et disparaissent. M. Marinesco a contesté ce fait dont M. Van Gehuchten maintient l'exactitude, attestée d'ailleurs par les figures qui accompagnent son travail. De même, la dégénérescence et la disparition des cellules du noyau dorsal du nerf vague dans le bulbe, après la section de ce nerf à la région cervicale, est admise par M. Van Gehuchten et niée par M. Marinesco. Ils ne sont encore pas d'accord sur la nature motrice ou sensitive de ce noyau dorsal du vague. M. Marinesco tend actuellement à le regarder comme sensitif, tandis que M. Van Gehuchten, d'après de récentes recherches, considère comme démontrée sa nature motrice. A. FENAYROU.

V. **Le système osseux chez les aliénés** ; par J.-F. BRISCOE (Alton Hans). (*British med. Journal*, 3 décembre 1898.)

L'auteur étudie successivement les fractures chez les aliénés : fractures spontanées et accidentelles, l'ostéoporose, l'état des os du crâne dans la paralysie générale, les hyperostoses, le ramollissement et les abcès chroniques des os, etc. Plusieurs illustrations sont jointes à ce travail. A. M.

VI. **Anatomie pathologique d'un cas de myélite syphilitique** ; par WILIAMSON (de Manchester). (*British med. Journal*, décembre 1898.)

Les lésions pathologiques peuvent se résumer comme suit : endartérite et dégénérescence hyaline des vaisseaux spinaux et méningés ; inflammation légère des méninges, infiltration gommeuse des colonnes antéro-latérales droites de la région dorsale supérieure, sclérose périphérique généralisée à la région dorsale dans les colonnes latérales surtout, plaques de sclérose irrégulières, plaque gommeuse de la région dorsale inférieure et sclérose descendante lombaire, sclérose ascendante cervicale dans les colonnes médianes et postérieures. A. MARIE.

VII. Nouvelles études sur la physio-pathologie du cervelet; par GATTA. (*Nuova Rivista clinico : therapeutica*, n° 2, 1899).

L'auteur trace tout d'abord avec concision et méthode l'historique de cette question toujours discutée et qui a donné lieu à tant de travaux, soulevé tant de discussions, et conduit aux conclusions les plus divergentes en passant par deux grandes périodes : la première commencée par Rolando et qui a été illustrée par Flourens ; la deuxième commencée par Luciani et qui reste encore ouverte à l'heure actuelle.

Il n'est plus guère aujourd'hui question de mettre en discussion ce fait que les lésions du cervelet produisent des troubles plus ou moins accentués de l'équilibre, mais ce qui reste encore indéterminé, au milieu des expériences contradictoires, c'est le mécanisme physiologique qui produit ces troubles. Le cervelet est-il, pour ne parler que d'opinions récentes et solidement édifiées sur l'expérimentation, « un organe homogène, de renforcement, exerçant sur le système nerveux une influence neuro-musculaire sténique, tonique et statique » (Luciani), ou bien « un centre d'une réaction spéciale qui s'applique au maintien de l'équilibre c'est-à-dire un centre réflexe de l'équilibre » (Thomas). Pour contribuer à éclaircir ce point, l'auteur s'est proposé d'étudier seulement, chez des chiens soumis à la destruction du lobe médian, d'une moitié latérale et à la destruction complète du cervelet : 1° les tracés de la marche ; 2° les tracés des contractions musculaires. L'étude de ces tracés, à l'aide d'un myographe spécial, et d'empreintes colorées a conduit l'auteur aux conclusions suivantes : *a*) Le cervelet est un organe unique, homogène et non un groupe d'organes ; *b*) on ne saurait dire avec précision si n'est un organe terminal ou un organe intermédiaire, parce que sa destruction totale entraîne des phénomènes qui s'expliquent également dans l'un et dans l'autre cas ; *c*) dans la plupart des cas l'action du cervelet se concrète dans une réaction mise en jeu par des excitations périphériques et des impressions centrales et s'exerçant sur les muscles et appareils d'où dépendent les différentes attitudes et les différents mouvements du corps. R. CHARON.

VIII. De la porencéphalie; par A. RICHTER (*Centralblatt f Nervenheilkunde*, XXI, N. F. IX. 1898).

Il est des cas dans lesquels (*porencéphalie avec idiotie*) le défaut de longueur du diamètre antéropostérieur du crâne fait basculer les rochers de telle sorte que la tente du cervelet, qui s'y insère, avec le segment postérieur de la faux du cerveau, se porte en bas et en avant. Le corps calleux, et principalement sa partie postérieure, entre, en s'accroissant, dans la faux, où il se comprime. Le

corps calleux est ainsi tué dans les hémisphères; il dégénère en tissu conjonctif qui prolifère. On comprend la portée du phénomène, étant donné le rôle du corps calleux, fœtal et infantile, du cinquième mois de la vie intra-utérine jusqu'à la cessation du développement de l'encéphale. C'est ce qui explique pourquoi 31 p. 100 des porencéphalies sont bilatérales et aussi symétriques (Siegmund, 1893. Andry, 1888.)

Des deux nouvelles observations qu'il donne l'auteur tire ce qui suit : — 1° Du corps calleux comprimé, ou, du moins, dans la direction de ce qui eût dû être le corps calleux, partent des tractus de tissu conjonctif, qui pénètrent dans les circonvolutions symétriquement unies par cet organe ; — 2° Ces trousseaux de tissu conjonctif vont dans les voûtes des circonvolutions former des fourches séparées qui les dissocient. C'est comme cela que se forment les trous de dehors en dedans ; — 3° Les tractus de tissu conjonctif sont déjà disjoints dans leur trajet et forment ainsi des cavités porencéphaliques ; — 4° Partout l'on suit les membranes des trous, à l'état de travées de tissu conjonctif jusqu'au corps calleux ; — 5° Ces tractus sont du tissu conjonctif encore inachevé, qui a déjà proliféré ; — 6° Les tractus ne vont pas dans la capsule interne ; — 7° Les trous pénètrent fréquemment dans les ventricules latéraux parceque le corps calleux vers lequel se dirige la membrane du trou est le couvercle du ventricule latéral ; — 8° Le mécanisme de la formation de lacunes porencéphaliques tient : *a*) à l'accroissement ultérieur du cerveau alors que le tissu du corps calleux subit la dégénérescence conjonctive ou la prolifération conjonctive, *b*) à l'hydropisie qui survient aisément par trouble de la circulation de la veine de Galien qui se jette dans le sinus droit sous le corps calleux qui la comprime ; car tous les cerveaux d'idiots à corps calleux mince ne deviennent pas porencéphaliques ; — 9° Si les lacunes porencéphaliques sont rares dans le cerveau frontal, cela tient à ce que le genou du corps calleux n'est pas comprimé par la faux du cerveau.

Les porencéphalies dont nous venons de parler sont donc d'origine centrale, c'est-à-dire qu'elles sont produites par la pression de la faux du cerveau contre le corps calleux. C'est ce que prouvent : — 1° La symétrie rigoureuse d'un grand nombre des trous bilatéraux dont la genèse s'explique naturellement par le mécanisme que nous venons de décrire ; — 2° l'irradiation des tractus conjonctifs, provenant du corps calleux, dans les circonvolutions autrement intactes, qui exclut toute explication périphréique ; — 3° l'atrophie si complète du corps calleux, constituée par quelques tractus de tissu conjonctif, qui ne peut être produite que par la pression totale exercée sur la partie postérieure du corps calleux.

P. KERAVAL.

IX. De la nature et de la genèse de l'hystérie; par P. Sollier. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI, N. F. IX, 1898.)

Lettres de l'auteur à Erlenmeyer; corrigées et traduites par ce clinicien, sur son livre publié par Alcan. P. K.

X. Contribution à la physiologie et à la physiologie pathologique du labyrinthe chez l'homme; par M. Egger (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXII, N. F. X, 1899).

Nous ne percevons un mouvement circulaire auquel nous sommes soumis que s'il est accéléré en plus ou en moins; tout mouvement uniforme nous paraît être le repos. Nous perdons même rapidement la sensation de ce mouvement circulaire accéléré, tandis que la sensation de la position du corps par rapport à la verticale persiste. C'est que, dit Mach, les canaux semi-circulaires servent à la sensation de la rotation de translation tandis que l'utricule est l'organe de perception de la position du corps par rapport à la verticale. Breuer ajoute : L'accélération progressive du mouvement rotatoire n'exerce aucune influence sur le liquide inclus dans les canaux semi-circulaires, la perception du mouvement en question n'est donc pas transmise par le labyrinthe, elle a lieu par le déplacement des otolithes sur les cils des cellules. Quand on imprime à l'individu un mouvement accéléré en avant, les otolithes sont déplacés en arrière; le même phénomène a lieu par la rotation dans le plan des canaux semi-circulaires antéropostérieurs. Un mouvement passif accéléré en avant n'excite que les otolithes ou organes de l'équilibre, en déplaçant en arrière l'otolithe sur les cils des cellules. Les mouvements accélérés circulaires, eux, produisent un mouvement des otolithes et en même temps un déplacement des canaux semi-circulaires : c'est l'association des deux excitations qui forme l'image sensorielle du mouvement rotatoire, tandis que l'excitation de l'utricule seule est ressentie comme mouvement de progression et donne la notion de la position du corps. Voici les confirmations cliniques.

Observation I. — H..., de quarante-trois ans, totalement sourd, depuis peu; perception par le crâne à peu près nulle. Carie syphilitique bilatérale de l'oreille interne. Dans l'oreille moyenne, rien, sauf une légère sclérose des deux tympans. Réflexes patellaires, achilléens et cubital, normaux. Aucune anomalie de la sensibilité cutanée ou motrice, titubation très forte du patient dans la situation verticale. Signe de Romberg. Impossibilité de se tenir sur une jambe même les yeux ouverts. Démarche extrêmement incertaine et vacillante, malgré les efforts d'arriver au but à grands pas et rapidement; il tombe quand on lui ferme les yeux. Debout ou en

marche, s'il penche rapidement la tête en avant, en arrière, à gauche ou à droite, il tombe du côté où il a fait ce mouvement ; si ces inclinaisons céphaliques sont exécutées lentement, le patient parvient à se préserver d'une chute. Le saut de la faible hauteur de 40 centimètres à peine lui fait plier les deux jambes. Incapable de sauter en avant et en hauteur de 10 centimètres. Émaciation, disparition de la force musculaire. Conservation des sensations des mouvements totaux passifs accompagnés de nystagmus rotatoire. Fait-on tourner ce malheureux sur une plaque à mouvement centrifuge dans toutes les directions du plan des canaux semi-circulaires, il indique très bien la direction du mouvement, il la sent même plus que normalement. A l'arrêt, se produit le vertige de rotation ordinaire, c'est-à-dire la sensation opposée au mouvement de rotation du début. Conservation des mouvements des yeux compensateurs. Diagnostic. Lésion de l'organe de station ; conservation des canaux semi-circulaires percepteurs des mouvements.

Observation II. — Femme atteinte de tabes bulbaire ; lésion des 3e, 5e, 7e, 8e, 9e, 10e, 11e, 12e paires. En ce qui concerne l'oculomoteur commun, le droit interne de l'œil gauche est seul paralysé. Sensation auditive abolie des deux côtés, qu'il s'agisse de la transmission par l'air ou par les os. Conservation des réflexes patellaires, achilléens, du coude ; à droite absence du réflexe radial. Pas de signe de Romberg ; elle se tient même sur une jambe sans grandes oscillations. Démarche normale, non ataxique, non titubante, sûre, même les yeux fermés. Pendant la marche en avant, l'inclinaison de la tête de gauche à droite fait perdre l'équilibre, la malade tombe alors du côté droit. Saut en avant et en hauteur très restreint. Diminution de la force par atrophie musculaire. Sur la plaque centrifuge, la malade ne sent, les yeux fermés, aucune rotation, elle croit être en repos. Pas de nystagmus de rotation, quelle que soit la position de la tête. Pas de vertiges de rotation. Quand elle voit l'appareil tourner, elle est prise de vertiges. Diagnostic. Les canaux semi-circulaires chargés de percevoir les mouvements passifs totaux et incitateurs des mouvements des yeux compensateurs sont détruits ; l'organe de la statique est conservé, c'est pourquoi la fonction de la station et de la locomotion est indemne.

Observation III. — Femme atteinte d'une tumeur bulboprotubérantielle ; lésion unilatérale du nerf vestibulaire gauche, de la 8e paire, du glossopharyngien, du pneumogastrique et de l'accessoire du même côté. Anesthésie totale de la moitié gauche de la tête et de la face et, en outre, anesthésie dans la région de l'ophthalmique, de l'étage supérieur du nerf maxillaire supérieur. Diminution de l'ouïe à gauche ; acuité auditive normale à droite. Aucun signe positif relativement à l'oreille moyenne droite ou gauche. Diminu-

tion de la sensibilité de contact et des deux tympans. Diminution de la force musculaire du côté gauche du corps. Tous les réflexes sont exagérés. Signe de Romberg extrêmement marqué; elle tombe. Impossibilité de se tenir sur une seule jambe à droite ou à gauche. Dans la marche en avant, titubation toujours vers la gauche; l'occlusion des yeux détermine un mouvement de manège à gauche. Toute modification de la situation du corps détermine un fort vertige; il est impossible d'étudier avec précision les mouvements oculaires compensateurs à cause de l'anesthésie des deux globes oculaires. Sur la plaque centrifuge, les rotations à droite sont aussitôt perçues, les rotations à gauche paraissent tantôt être perçues comme repos, tantôt être perçues comme un mouvement dont il est impossible à la malade de préciser la direction. Le vertige auriculaire galvanique n'est produit que par l'oreille droite. Preyer a dit que le système des canaux semi-circulaires occupant les trois dimensions de l'espace sert à percevoir la direction du son. C'est une bonne occasion de contrôler cette assertion chez cette malade qui, n'ayant qu'une faible diminution de l'acuité auditive à gauche, ne sent pas les mouvements de rotation pour les rotations de droite à gauche. On l'assied, les yeux fermés, le visage à la périphérie de l'appareil centrifuge. L'observateur, en dehors de l'appareil, fait tourner celui-ci, c'est-à-dire la malade, lentement de droite à gauche; en même temps, il fait entendre à un mètre de distance, un coup de sifflet aigu. Pour l'oreille gauche, elle donne des indications fausses; pour l'oreille droite elle donne des indications exactes. P. Keraval.

XI. Des altérations de la moelle consécutives à la forcipressure de l'aorte abdominale chez le chien; par M. Rothmann (*Neurolog. Centralblatt*. XVIII, 1899).

Le pincement de l'aorte au-dessus de l'artère mésentérique supérieure pendant une heure détermine une paralysie des extrémités postérieures et l'animal meurt quelques heures plus tard de lésions intestinales graves (exp. I et II). La même opération effectuée immédiatement au-dessus de l'artère rénale droite (exp. III à V) produit des troubles graves de la motilité et de la sensibilité dans les membres postérieurs, mais point de paralysie complète. L'anémie de la moelle lombaire et sacrée est manifestement plus grande que lorsqu'on pince l'aorte au-dessous des artères rénales. Toutefois il se produit une circulation collatérale par les artères spinales situées plus haut; c'est pourquoi les troubles moteurs sont bien plus marqués après un pincement d'une heure qu'après un pincement d'une heure un quart ou d'une heure et demie, et ont disparu le lendemain de l'opération. Les chiens opérés sous l'éther associé à la morphine ne remuent pas du tout les pattes

de derrière, alors qu'au bout d'une heure et demie de forcipressure ils font des mouvements déjà accusés dès la première heure : cela tient à ce que la circulation collatérale de plus en plus complète rétablit rapidement la fonction des cellules nerveuses endommagées par l'anémie. Mieux s'établit cette circulation collatérale, plus faible est la différence entre l'anémie initiale de la moelle et l'irrigation consécutive à la disparition de l'obstacle; sinon, l'augmentation en ce moment de la pression sanguine viendrait encore nuire aux cellules déjà affaiblies; c'est aussi pourquoi les chiens survivent, en l'espèce, 14 jours et davantage à la forcipressure. Il ne se produit d'altérations rénales qu'après une forcipressure d'une heure et demie; elles sont les mêmes que celles qui se produisent après une forcipressure de l'artère rénale même (Litten). Dans les huit premiers jours qui suivent l'intervention, les troubles moteurs et sensitifs sont revenus à la normale. Le pincement de l'aorte au-dessous de l'artère mésentérique supérieure donne les mêmes résultats (exp. VI et VII) que le pincement au-dessus des artères rénales, mais l'intestin est plus atteint, et, par suite, l'issue mortelle plus rapide. Des expériences complémentaires (exp. VIII et IX) établissent l'importance de la narcose; les chiens endormis restant bien tranquilles pendant l'opération, n'imposent aucune fatigue à leurs cellules nerveuses anémiées par la forcipressure.

Anatomie pathologique. — Les altérations des cellules des cornes antérieures de la moelle sacrée et lombaire sont très considérables chez les animaux qui ont succombé dans les six heures consécutives à l'opération (exp. I); on constate : un aspect indécis des granulations de Nissl, la substance chromatophile périnucléaire étant plus colorée que celle de la périphérie plus ramollie et parsemée de taches incolores appartenant à la substance fibrillaire fondamentale — des tendances à la vacuolisation — des modifications de formes du noyau repoussé à la périphérie ou isolé au milieu d'une anse échancrée de la cellule malade. Dix à douze heures après l'opération (exp. II et VI) les granulations de Nissl ont disparu, le protoplasma d'un bleu diffus laisse voir un fin réseau bleu sombre; le noyau bleu pâle occupe le milieu de l'élément anatomique ou est rejeté au dehors, les parties périphériques sont claires ou bien elles sont transformées en compartiments comparables aux rayons d'une ruche dont les cloisons bleu foncé limitent des chambres décoloréss, et au milieu est un petit noyau à bords irréguliers à protoplasma foncé. En ce dernier cas, il y a peu de prolongements protoplasmiques et l'élément anatomique est recoquillé. A côté de cela, certaines cellules sont réduites à des ombres au milieu desquelles le noyau disparaît presque à l'état de silhouette dans laquelle un point obscur représente le nucléole.

Dès les vingt-huit heures qui suivent la forcipressure on voit déjà des signes de réparation (exp. VIII), ils s'accompagnent chez

les animaux examinés dans les quatre à cinq jours consécutifs de vascularisation exagérée. Au fur et à mesure qu'on monte de la moelle sacrée à la moelle lombaire inférieure et de celle-ci plus haut, l'hypervascularisation et l'altération des cellules décroissent d'intensité. Nulle part il n'y a de dégénérescences secondaires. Chez les chiens qui ont survécu le plus longtemps, quatorze et seize jours (exp. V et VI) les cellules sont en nombre normal, on constate à peine quelque division diffuse de la substance chromatophile finement grenue, parfois accumulée autour du noyau normal, rarement marginal. Puis les cellules sont à peu près normales, il n'y a guère qu'un tassement de la substance chromatique des granulations de Nissl autour du noyau. Les vaisseaux sanguins, les artères surtout, ont les parois épaissies et sont dilatées.

En résumé — après 6 heures, état flou des granulations de Nissl, avec accumulation centrale de la substance chromatique et formation de vacuoles — au bout de dix à douze heures, coloration bleue diffuse avec formation réticulée dans le corps de la cellule et dissociation de quelques cellules — au bout de vingt-huit heures, les granulations se pressent encore autour du noyau, quelques cellules sont divisées en compartiments rayonnés — dans les cinq jours qui suivent, tantôt il y a peu de déviation de la normale, tantôt la substance chromatique est complètement atrophiée, la cellule est tuméfiée quoique son noyau soit conservé, les vaisseaux de la substance grise sont très développés — dans les quatorze à seize jours suivants il y a peu de chose sauf la disparition de la substance chromatique peu modifiée d'ailleurs.

P. Keraval.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

IX. De l'importance de l'emploi simultané de la suggestion hypnotique et d'autres médicaments dans le traitement de l'alcoolisme chonique; par W. de Bechterew. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXII, N. F. X, 1899.)

L'hypnotisme excelle chez les buveurs d'habitude ; presque toujours, il y a cessation subite des habitudes, ou bien ils cessent définitivement de boire après avoir ingéré des doses modérées d'alcool pendant un jour ou deux. Il suffit, pour maintenir la tempérance, de pratiquer de temps à autre de nouvelles suggestions. Cela dépend de la gravité de chaque cas particulier, de la profon-

deur de l'hypnose, du degré de la suggestibilité. On fait d'abord deux séances par semaines ; puis, on les espace, finalement il faut les répéter au moins à quelques mois d'intervalle. Il arrive quelquefois que d'un seul coup on obtient la tempérance pour de nombreux mois ; malgré cela, il convient de répéter les suggestions à des intervalles de quelques semaines ou de deux à trois mois. Dans l'ivrognerie périodique, l'hypnose peut encore exercer une action utile et durable, à la condition de répéter la suggestion pour éviter les rechutes. La fréquence de la récidive dépend et du degré de la dégénérescence et d'autres facteurs parmi lesquels le milieu, et surtout l'entraînement, l'intolérance de l'économie à l'égard des spiritueux.

L'hypnotisme peut être pratiqué en plein délire alcoolique à moins que l'excitation du malade le rende insensible à cette pratique ; sinon, les hallucinations ne sont point une contre-indication. L'hypnose peut alors améliorer à ce degré l'état subjectif du patient qu'il obéisse à la suggestion nécessaire de dormir profondément.

L'emploi simultané d'autres médicaments s'explique par les troubles de la nutrition du système nerveux et d'autres organes concomitants. Bains, frictions généralisées, bromures associés à la codéine, la digitale, l'adonis vernalis, toniques et en particulier la strychnine, sont indiqués. L'hypnose agit sur les troubles fonctionnels, notamment sur la volonté. P. Keraval.

X. **Traitement de la sciatique par l'ichthyol**; par S. Crocq. (*Journ. de Neurologie*, juin 1899.)

L'auteur de cette note dit avoir obtenu, à la suite de l'administration de l'ichthyol *intus* et *extra* dans 24 cas de sciatique grave, 14 guérisons, 4 améliorations très notables et 2 insuccès. Il prescrit 6 à 8 capsules par jour de ce médicament et des frictions avec un liniment ichthyolé. Sans être un antidote de la sciatique, l'ichthyol serait, d'après M. Crocq, le remède le plus efficace pour combattre cette affection, dans la généralité des cas. G. Deny.

XI. **Vomissements incoercibles de nature hystérique, traités par la méthode d'Apostoli**; par M. Decroly. (*Journ. de Neurologie*, mai 1899

Observation d'une jeune hystérique, atteinte depuis cinq ans de vomissements survenant après chaque repas sans efforts ni souffrance, et qui fut sinon guérie, du moins sensiblement améliorée par la galvanisation des deux pneumogastriques au cou, suivant la méthode d'Apostoli. G. D.

XII. De l'emploi des bains prolongés chez les aliénés; par E. Boyer. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXII, N. F. X, 1899.)

Dans les petits services, il n'y a rien de mieux que les bains permanents à 28° R entretenus à cette température du matin au soir, en prenant toutes les précautions pour garantir et appuyer la tête, bien alimenter le malade dans son bain, ménager la susceptibilité de la peau (bains garnis, peau enduite de vaseline aux endroits qui portent), — en surveillant le pouls et la température du patient dont préalablement on aura attentivement examiné les poumons et le cœur, — en modérant la congestion céphalique au moyen de compresses fraîches, — en employant des infirmiers bien stylés. Pour cela il faut doter chaque section de surveillance continue, chaque section d'agités et de gâteux, d'une chambre de bains, de façon à disposer d'une baignoire pour deux ou trois malades; chaque série de deux ou trois baignoires sera séparée de la suivante par des demi-cloisons. Les locaux, bien éclairés, seront facilement accessibles, les baignoires seront parfaites et confortables.

Ces bains permanents (on ne les interrompt que pour la nuit) conviennent à tous les accidents gangréneux, phlegmoneux, ulcéreux, traumatiques, à tous les malades excités qui se salissent, se déshabillent, tentent de se faire du mal. Il y en a très peu qui répugnent à ces bains chauds; il n'y a guère que ceux qui ont vécu longtemps en cellules. On vainc leur résistance par l'injection d'un peu d'hyoscine. Pas n'est besoin de moyens de contrainte.

Le bain permanent réussit surtout dans l'*agitation maniaque pure*. Il n'agit qu'en certains cas contre l'agitation de la catatonie et de la démence précoce, grâce probablement à la suppression des excitants extérieurs et à l'influence du milieu calme. Il produit un calme parfait chez le maniaque vrai à la condition qu'il soit appliqué pendant plusieurs mois. On en obtient aussi des résultats, quoique moins sûrs, chez les agités paralytiques, il a réussi chez quelques alcooliques et épileptiques. Quant aux mélancoliques, l'expérience est encore insuffisante, mais les autres moyens sédatifs sont moins recommandables.

Tel sera le traitement de l'avenir qui nous débarrassera des sections de surveillance continue pour agités, des cellules, des chambres d'isolement, des divisions d'agités et de malpropres.

P. Keraval.

XIII. Contribution au traitement du tabes et de la paralysie générale; par Adler. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* XXII, N. F. X, 1899.)

Ces maladies, de même que les affections des nerfs, des vaisseaux, des viscères, scléreuses à base de syphilis, se trouvent bien de Hg et de Ag. La pommade de Crédé à base d'argent colloïde

(argent soluble dans l'eau et les liquides albumineux) à la dose de trois grammes, en frictions d'un quart d'heure à une demi-heure sur la peau une fois par jour, est très active. On peut donner aussi des pilules d'argent colloïde, contenant chacune un centigramme de ce produit; deux à trois pilules par jour. On associe la pommade à l'ingestion intérieure de préparations mercurielles.

P. K.

XIV. **Le traitement de l'inversion du sens génital et de la masturbation par la suggestion**; par DE BECHTEREW. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXII, N. F. X, 1899.)

Deux observations très intéressantes dont une autobiographie. Il s'agit de la forme grave d'homosexualité avec perversion des instincts. Invertis, pédérastes passifs, automasturbateurs et masturbateurs pendant la pédérastie passive, tels sont ces deux malheureux. L'un d'eux, neurasthénique, obtient une amélioration passagère relative du bromure associé à la codéine et à l'adonis vernalis, renforcé par trois séances de suggestion hypnotique. Les sensations anales anormales et la dépression qu'il accuse sont notamment trés atténuées par ce traitement. Le second, masturbateur solitaire ou pendant l'acte du coït buccal qu'il adore pratiquer sur autrui, se trouve particulièrement bien de la suggestion hypnotique. M. de Bechterew fait remarquer la nécessité de plusieurs séances, la durée du traitement suggestif dépendant de la gravité et de l'individualité de chaque cas, du degré de suggestibilité de l'individu. Il faut, pour réussir, arriver à obtenir une hypnose assez profonde. Ceci fait, on passe à la suggestion à l'état de veille et à l'état de demi-sommeil; on a auparavant annoncé au patient que, pour produire la suggestion, il n'est pas besoin qu'il dorme, il n'a qu'à fermer les yeux, à penser fermement à sa santé et à songer à ce qu'on lui suggère. Cela donne du courage au malade; la suggestion à l'état de veille est plus aisée, le résultat cherché arrive. Il y a lieu, si la suggestion n'agit pas suffisamment, d'employer concurremment, les bains, le KBr et autres médicaments, suivant chaque cas spécial. P. KERAVAL.

XV. **Le traitement orthopédio-chirurgical de la maladie de Little**; par Vinceslas SAPINSKI. (*Gazeta Lekarska*, mars 1899.)

La maladie de Little est causée par les perturbations pendant la vie intra-utèrine, pendant la naissance ou par l'affaiblissement fonctionnel qui survient après.

Deux chirurgiens allemands Lorenz et Hoffa, se sont occupés spécialement du traitement de cette affection. L'aspect caractéristique c'est la contracture de quelques groupes musculaires des

membres inférieurs. Cette contracture frappe les adducteurs et fléchisseurs de la cuisse et les fléchisseurs de la jambe. Les extrémités inférieures sont tombantes, fléchies dans les genoux, le plus souvent le pied bot varus. Dans les cas graves on peut voir la rotation interne avec une subluxation coxofémorale en arrière. Schultess fait voir que l'articulation du genou a un aspect spécial chez ces malades ; chez les individus normaux la partie saillante est formée par le condyle interne et la rotule ; chez les malades atteints de Little le sommet de l'articulation est formé par la rotule, l'articulation a la forme angulaire. Pour Schultess l'allongement du ligament rotulien en est la cause.

La marche est difficile, ne peut se faire qu'avec des béquilles, les genoux se croisent pendant la marche, les doigts traînent par terre. Les membres supérieurs sont pris rarement.

Parfois les muscles du visage sont touchés, on rencontre du strabisme, nystagmus, bégayement. Rarement la cérébralité est abaissée. La sensibilité, réaction électrique sont normales, les réflexes exagérés. Les dystocies et les naissances avant terme semblent être la cause prédominante de cette maladie.

Chez les enfants nés avant terme, le cerveau n'est pas suffisamment développé, les parties motrices se développent plus tard c'est pourquoi elles sont faibles chez ces enfants. Ca dépend de la circulation ralentie (Brissaud) dans les centres moteurs des extrémités inférieures. Le lobe paracentral se développe en dernier lieu pendant la vie intra-utérine, finit son évolution complète après la naissance, il est moins bien conformé chez les nouveau-nés. Dans les dystocies il y a des hémorrhagies dans l'espace sous-arachnoïdien à cause du chevauchement des os pariétaux. Les centres moteurs des membres inférieurs peuvent être contusionnés, ce qui peut expliquer les troubles dans les membres inférieurs.

Frend explique ainsi le phénomène de la maladie : deux neurones entrent en jeu dans la voie motrice ; l'un qui va de l'écorce des zones motrices aux cellules des cornes antérieurs, l'autre de ces cellules aux muscles. Le neurone périphérique produit le reflexe, le mouvement volontaire dépend du central et de son action sur le périphérique. Dans la maladie de Little l'action du neurone central est affaiblie, il y a un désiquilibre entre l'innervation du cerveau et l'innervation médullaire des muscles. La thérapeutique peut tirer des données pratiquesde ce fait, il faut développer l'énergie du neurone cortico-moteur et régulariser les fonctions du périphérique.

Le médecin doit fortifier les mucles abducteurs et extenseurs et affaiblir leurs antagonistes. Le traitement chirurgical, la science systématique de la marche et l'orthopédie bien appliqués donnent de bons résultats. Le massage combiné avec la gymnastique est bien en vigueur dans la clinique de Hoffa pour les malades atteints

de Little. Ce massage est fait par le médecin d'abord à l'articulation du cou de pied, ensuite, le genou et l'articulation coxofémorale. Le massage est suivi des mouvements de chaque articulation. Le médecin veille sur tout. Le Dr Kratenberg fait faire la gymnastique avec des appareils. Par le massage et la gymnastique on augmente la force desmuscles affaiblis.

Lorenz et Hoffa font des ténotomies et tendectomies sous-cutanées. Lorenz conseille l'opération non sanglante sous le chloroforme vaincre la résistance des adducteurs. D'après Lorenz il y a dans ces cas une élongation et une myorrhexie.

Dans les cas d'extrême contracture des muscles adducteurs, il éloigne ce groupe, en coupant le nerf obturateur, alors l'action d'adducteur est faite par le couturier.

Après l'opération il faut faire la correction de la position vicieuse et mettre un appareil plâtré pour six semaines. Parfois le redressement se maintient difficilement. Hoffa le fait petit à petit en ôtant l'appareil. Lorenz recourt à son ostéoklast redresseur et corrige les plus grandes contractures en une séance. Après avoir ôté l'appareil Hoffa met les opérés sur une table spéciale faite de deux planches sur lesquelles on couche les opérés pendant deux heures et deux fois par jour avec les jambes fixées. Lorenz met sur les genoux des opérés des sacs lourds. Après l'opération il ne faut pas oublier la science systématique de la marche.

L'auteur a observé bien longtemps dans la clinique de Hoffa deux enfants chez lesquels les résultats étaient très satisfaisants, tous les deux marchaient seulement avec un bâton. L'auteur les a vu opérer et a assisté à la science systématique de la marche.

G. DE MAJEWSKA.

XVI. **Des principes essentiels du diagnostic et du traitement de l'épilepsie dite essentielle** ; par W. LESZYNSKI (de New-York). (*Med. Record*, 20 mai 1899.)

L'auteur conclut de son expérience que l'épilepsie peut être traitée avec succès grâce à un traitement méthodique et entrepris dès le début. Trop souvent les praticiens ordinaires méconnaissent ces indications et les neurologistes ne sont appelés à traiter les épileptiques que trop tard. Quant à la guérison, comme le disait Séguin, on ne la peut affirmer qu'après une observation de cinq années passées sans crise avec la diminution progressive de tout traitement médicamenteux.

A. MARIE.

XVII. **Considérations sur les progrès récents apportés à la chirurgie du cerveau** ; par O. NEILL (de Belfast). (*British med. Journal*, novembre 1898.)

Après des considérations générales sur les localisations fonction-

nelles du cerveau, les aires motrices, les rapports entre la superficie du crâne et les diverses circonvolutions, la technique opératoire de la trépanation, l'auteur donne quatre observations personnelles de fractures du pariétal et du frontal pour lesquelles il a pratiqué le trépan avec succès. Il considère comme une règle générale de pratiquer le trépan dans tous les cas de fracture des os du crâne avec dépression des fragments, qu'il y ait ou non des complications cérébrales. Ces complications en effet peuvent se manifester plus tard. A. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Séance du 19 mars 1899.

Dr Broukhansky. — *Un cas d'encéphalite aiguë hémorragique* (*avec présentation de la malade*).

La malade est une jeune fille, âgée de vingt-sept ans, sans antécédents héréréditaires. Pas de syphilis ni d'alcoolisme. Il y a cinq ans, affection stomacale de nature indéterminée. En octobre 1897, la malade eut de grands ennuis à cause d'un mariage manqué. Dans la deuxième moitié du mois de novembre 1897, apparition de céphalées, de vertiges, de vomissements fréquents et de constipation; du côté de la sphère psychique, certaine inquiétude, loquacité, sensation de goût et d'odeur désagréables, incohérence d'idées. A partir du 12 décembre, confusion mentale complète, excitation motrice, tendances agressives, gâtisme et insomnie; émaciation; perte du réflexe lumineux des pupilles; parésie du muscle droit interne de l'œil droit et de la jambe droite; ataxie des membres inférieurs plus prononcée du côté droit. Pouls 100, quelquefois irrégulier. Température 36,8-37,5, puis le 19, elle monte à 39°, en même temps qu'apparaît une parésie de la main gauche et une parésie du facial droit inférieur; dépression mentale très prononcée; refus d'aliments; pouls 100-110

faible et irrégulier. A partir du 6 janvier 1898, l'état s'améliore sensiblement; la parésie faciale disparaît tout d'abord, puis survient le rétablissement des mouvements du poignet et de la main, de l'œil, de la réaction pupillaire. La malade reprend toute sa lucidité d'esprit, mais ne se rappelle pas les noms des objets même usuels et comprend difficilement ce qu'elle lit. A partir du mois de mars l'aphasie diminue, mais on observe le développement progressif de la démence, en même temps que de l'abaissement de la vue (des deux côtés) avec décoloration des pupilles.

B... admet qu'il s'agit dans ce cas d'*une encéphalite hémorragique*, localisée dans l'écorce et dans les noyaux du nerf moteur oculaire commun. Les troubles de la vue relèveraient d'une névrite rétrobulbaire de la même origine, probablement infectieuse (influenza ?).

L'observation présenterait une forme mixte Strümpell-Wernicke.

Discussion. — M. MOURATOFF croit qu'il s'agit plutôt dans ce cas d'une affection fonctionnelle ou toxique diffuse, que d'une encéphalite aiguë hémorragique. — MM. SERBSKY et POSTOVSKY, qui ont vu la malade, il y a un an, admettent la possibilité de la nature hystérique des troubles psychiques, bien qu'une lésion organique primitive du cerveau ne puisse guère être exclue. — M. KOJEVNIKOFF croit plutôt à une encéphalite disséminée, peu profonde.

N. VERSILOFF. — *Les dégénérations secondaires chez les animaux, consécutives aux lésions expérimentales du cervelet (avec présentation des préparations microscopiques et des figures)*.

Les expériences ont été faites sur les chiens (cinq en tout), chez lesquels on a fait l'ablation de tout le cervelet, d'un hémisphère (deux cas), du lobe médian et de la substance blanche d'un hémisphère (avec destruction du corps dentelé). Préparations d'après la méthode de Busch.

Voici les conclusions de V... :

1° Il existe un seul faisceau descendant droit spinal, lequel prend son origine dans les amas gris intracérébelleux et se dirige à travers la partie interne du corps restiforme dans la substance réticulaire du bulbe, où il se dispose au-dessus de l'olive; au niveau de la partie inférieure de l'olive inférieure, ce faisceau s'écarte de plus en plus en dehors, pour se loger au bord interne de la pyramide et le long du cordon antéro-latéral de la moelle. On peut le suivre sur toute la hauteur de la moelle, où il occupe la place du faisceau marginal antérieur de Lowenthal; les fibres de ce faisceau se mettent en rapport avec les cornes antérieures de la moelle du même côté et en partie également du côté opposé. Il est impossible de constater la continuation directe des fibres cérébelleuses dans des fibres radiculaires ;

2° Les connexions du cervelet avec le bulbe sont des plus compliquées. Le système le plus développé est celui des fibres se dirigeant à travers la partie externe du corps restiforme vers le noyau du cordon latéral du même côté et en partie à travers les fibres arciformes externes antérieures du côté opposé ;

3° Il existe indiscutablement un système descendant de fibres destinées à relier le cervelet avec l'olive du même côté, principalement avec l'olive du côté opposé, passant à travers les fibres arciformes internes, externes et interpyramidales;

4° Par l'intermédiaire des fibres arciformes internes s'établit la connexion du cervelet avec le fascicule longitudinal postérieur du même côté, et en partie du côté opposé; et par l'intermédiaire de celui-ci, avec les nerfs crâniens de la 12e, 10e, 9e et 8e paires;

5° Il existe un système descendant reliant le cervelet avec le noyau de Bechterew et celui de Deiters, avec le noyau accessoire du nerf acoustique du même côté (par l'intermédiaire de la racine latérale du nerf acoustique), et celui du côté opposé (par l'intermédiaire du corps trapézoïde). Ce dernier corps trapézoïde sert également à le mettre en rapport avec les olives supérieures des deux côtés; 6° Les fibres du pédoncule moyen descendent en partie vers les noyaux de la protubérance des deux côtés, en partie sous forme d'un faisceau vertical qui remonte le long du raphé et rejoint le noyau réticulaire du tégument du côté opposé;

7° Les fibres du pédoncule antérieur passent en partie (mais en partie seulement) du côté opposé; *quelques-unes* s'interrompent dans les cellules du noyau rouge, mais la plupart se dirigent vers le corps optique, où elles se terminent dans les noyaux internes et externes. Au delà du noyau rouge on ne rencontre pas de fibres non entrecroisées ;

8° Par l'intermédiaire du faisceau longitudinal postérieur s'établit la connexion du cervelet avec les noyaux de la 7e, 6e, 5e, et 4e paire crânienne, principalement du même côté ; les fibres qui se détachent du pédoncule antérieur servent à le mettre en rapport avec le noyau du nerf moteur oculaire du même côté, mais principalement du côté opposé. On n'a pas encore noté de continuation directe des fibres cérébelleuses dans les nerfs crâniens ;

9° Il existe une connexion croisée avec les noyaux de Bechterew et de Deiters principalement par l'intermédiaire des fibres se détachant du noyau « tecti globosi »; 10° Le « faisceau en crochet » sert à la connexion du cervelet avec le floculus du côté opposé ; 11° Après l'extirpation du lobe moyen du cervelet on peut constater des dégénérations secondaires dans le système cérébello-vestibulaire des deux côtés; 12° La méthode de Busch est préférable à celle de Marchi par la netteté des images obtenues et la facilité de la technique préparatoire.

Dr TCHERNICHEFF. — *Sur les altérations pathologo-anatomiques du système nerveux central, dues à l'empoisonnement par le poisson.*

L'auteur a observé deux cas d'empoisonnements mortels dus à l'ingestion du hareng. Le premier malade, âgé de vingt-cinq ans est mort le lendemain, le deuxième, âgé de trente-trois ans, est mort au bout de cinq jours. Chez celui-ci on a observé une sécheresse très accusée de toutes les muqueuses et de la peau; exulcérations des amygdales; constipation, anurie, constriction thoracique, céphalée et vertiges, température normale, lucidité d'esprit jusqu'à la mort, légère mydriase, ptosis léger; parole imperceptible; pas de paralysies ni d'anesthésies; faiblesse et oppression croissantes. A *l'autopsie*, les données macroscopiques ont été négatives dans les deux cas. A l'examen microscopique du cerveau et de la moelle, on trouve : hypérémie vasculaire, émigration des leucocytes dans les espaces périvasculaires de la substance blanche et grise médullaire. Les cellules des cornes antérieures et des colonnes de Clarke présentent une dégénération granulo-pigmentaire très prononcée. Sur les préparations colorées par les couleurs d'aniline on trouve des cellules sans prolongements ou avec des prolongements lacérés, sans noyaux ou aux noyaux déformés et déplacés; on y observe également de la chromatolyse périnucléaire, diffuse ou insulaire, etc., etc.

Dans les cellules du renflement cervical, on constate souvent des vacuoles. Les cellules des noyaux bulbaires ont subi de graves altérations. Chez l'un des deux malades, on a trouvé une hémorragie dans les noyaux du nerf pneumogastrique. Des altérations analogues ont été constatées dans les cellules des noyaux de la protubérance, des corps quadrijumeaux et des hémisphères.

Les plus graves lésions, dues à l'intoxication par le poisson, se trouvent dans le bulbe. Le cervelet est le moins endommagé. On n'a pas constaté de microorganismes sur les préparations examinées.

Dans la *discussion* quelques remarques ont été faites par MM. ROSSOLIMO, SOUKHANOFF, MOURATOFF, MOURAVIEFF et KOJEWNIKOFF.

Secrétaires des séances : W. MOURAVIEFF; G. ROSSOLIMO.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du lundi 19 *juin* 1899. — PRÉSIDENCE DE M. JULES VOISIN.

Psychonévrose post-infectieuse guérie par suggestion. — M. Paul FAREZ rapporte l'observation d'une hystérique qui, à la suite d'une

broncho-pneumonie grippale a présenté des impulsions irrésistibles au chant, des crises convulsives, du délire, etc., et qu'il a guérie en deux séances de suggestion faites dans la même journée. Ainsi que l'ont démontré quelques auteuis et, en particulier, Régis, la suggestion est le traitement de choix de ces états mentaux post-infectieux. L'agent infectieux, en effet, agit ici, sur un terrain prédisposé, à la manière de l'émotion ou du choc moral, comme agent de dissociation et de désagrégation de la conscience. Dès lors, la suggestion est efficace en tant qu'elle stimule et fortifie le pouvoir de coordination et de synthèse mentale, qu'elle corrige et redresse la mauvaise habitude qui est en train de s'installer, qu'elle réalise, en somme, une véritable restauration fonctionnelle.

Réponse à diverses critiques récemment adressées à l'hypnotisme. — M. Milne Bramwell (de Londres) soutient, avec Liébeault, Forel, Wetterstrand et tant d'autres, que l'hypnotisme n'offre aucun danger. A l'appui de cette affirmation, il cite les témoignages récents de Percy Smith, de Myers, de Woods, d'Outterson. Les observations que l'on a rapportées et dans lesquelles l'hypnotisme a été représenté comme dangereux ont été l'objet d'un examen insuffisant ; ou bien, lorsque les faits rapportés sont exacts, ils ne permettent pas les conclusions et les interprétations que l'on en tire ; on peut s'en rendre compte sur l'analyse de deux cas récents. Il termine en justifiant la valeur thérapeutique de l'hypnotisme dans les cas suivants : hystérie, dipsomanie, enfants vicieux ou dégénérés, obsessions, neurasthénie, troubles menstruels, aliénation ; il montre qu'à Auguste Voisin revient l'honneur d'avoir été un précurseur dans le traitement hypnotique de certaines formes d'aliénation mentale.

L'hypnotisme et le traitement de l'agoraphobie. — M. Vlavianos (d'Athènes) présente un nouveau malade, âgé de cinquante-quatre ans, alcoolique depuis l'âge de vingt ans, qui fut autrefois interné à l'Asile clinique et qui était atteint d'agoraphobie, et en outre de monoscophobie, de musicophobie et d'amaxophobie. Grâce à l'hypnotisme, les phobies et l'appétence alcoolique ont disparu, le goût du travail est revenu, le caractère a été modifié heureusement ; c'est le malade lui-même qui, tout reconnaissant, raconte ces excellents résultats.

M. Jules Voisin. — Il s'agit en somme dans ce cas, comme en beaucoup d'autres, de phobies spéciales développées au cours d'une aboulie. Traiter l'aboulie, c'est, du même coup, se rendre maître de ces phobies.

La lumière colorée en thérapeutique nerveuse. — M. Grignan revient sur la communication faite précédemment par M. Raffegeau et signale, comme cause d'erreur expérimentale possible, l'insuffisance de la spécification des couleurs ; par exemple, un verre

violet peut être presque rouge ou presque bleu. M. Camille Flammarion a établi de petites serres entièrement vitrées de verres de couleurs, mais soigneusement vérifiés au spectroscope ; on n'a pu trouver dans l'industrie des verres violets ne laissant passer que les rayons violets ; les verres rouges sont bien monochromatiques, mais les verts laissent passer du jaune, etc. Les expériences effectuées à Juvisy ont démontré l'effet sédatif (sur les plantes, il est vrai) de la lumière bleu-indigo. Les fraises de la serre bleue n'étaient pas plus avancées en octobre qu'en mai. Dans le bleu, on ne vieillit pas, mais on ne vit guère ; c'est presque un sommeil.

M. Félix Regnault. — Si les couleurs qui se rapprochent du rouge sont excitantes, si le vert donne une joie tranquille, si le violet, l'indigo et le bleu sont calmants, on peut, comme cela a été fait en Amérique, diagnostiquer le tempérament d'une personne d'après la couleur préférée. La sociologie apprend que chez tous les peuples, surtout chez les sauvages, la préoccupation des couleurs est extrême : les classes riches seules portent, ou même ont le droit de porter, les couleurs brillantes, écarlates, et en particulier la pourpre ; au contraire, à Rome, par exemple, les pauvres gens et les esclaves portaient des habits de couleur brune ou noire. Les peuples du Nord ont un goût particulier pour les couleurs reposantes et sombres. Les musulmans, gens sérieux, ont un goût particulier pour le bleu, de même que les septentrionaux.

Absence de pouvoir modérateur chez un individu inculpé d'outrage public à la pudeur. — M. Bérillon. — Cet individu présente plusieurs rétrécissements du canal de l'urèthre ; l'un est situé dans la région pénienne, l'autre dans la région membraneuse ; on constate également un spasme de cette région. L'existence de ces lésions donne l'explication des troubles nerveux réflexes pour lesquels il est poursuivi. A certains moments, sous l'influence de l'irritation de l'urèthre, il tombe dans des états d'éréthisme génital qui entraine l'exécution d'actes obscènes accomplis automatiquement. Sous l'influence de l'irritation des organes génitaux, la moelle se trouve émancipée et soustraite à l'influence cérébrale psycho-motrice ; les centres inférieurs sont indépendants et fonctionnent alors d'une façon irrésistible. Cet homme étant dépourvu de pouvoir modérateur, son contrôle sur lui-même est presque anéanti ; dès lors, on ne saurait guère le rendre responsable d'impulsions réflexes irrésistibles. Le traitement devra être doublé ; il portera à la fois sur l'état local et sur l'état mental ; il supprimera la cause des impulsions, et, d'autre part, il donnera le pouvoir de leur résister. (L'accusé ne fut pas acquitté, mais il bénéficia de la loi Bérenger.)

BIBLIOGRAPHIE.

VI. *L'Esprit scientifique contemporain;* par le Dr Foveau de Courmelles. (*Bibliothèque Charpentier*, Fasquelle, éditeur, 1899.)

Sous ce titre l'auteur nous donne une sorte de revue rapide de l'état de la science à l'heure actuelle. Suivant son expression il « veut élever une colonne tombale destinée à perpétuer le souvenir du mort », c'est-à-dire du xixe siècle qui s'éteint. Il rend hommage avant tout à la théorie de l'évolution, qui se retrouve à la base de tous les phénomènes et permet un développement incessant et un perfectionnement continu. Il parle du rôle prépondérant des conditions mésologiques qui favorisent la progression en avant. Parmi elles, la science se substituant à l'empirisme aide puissamment au perfectionnement du corps et de l'intelligence. M. Foveau de Courmelles passe alors en revue une grande quantité de questions et de chacune il dégage le rôle de la science. Il parle de la chimie transformant l'alimentation, des machines appliquées à l'industrie et lui donnant un nouvel essor, de l'hygiène progressant avec les recherches de Pasteur et de ses élèves. Il montre la médecine avec ses nouvelles méthodes curatives. Dans un autre ordre d'idées, il consacre des chapitres à la sociologie, à l'éducation, à la philosophie, à la littérature, au théâtre, à la religion, etc., etc. Et partout il impose cette idée que les savants et la science ont tout envahi et règnent désormais en souverains maîtres. Il y a lieu de féliciter chaudement M. Foveau de Courmelles de cette œuvre intéressante. D'abord en raison de l'esprit dans lequel elle a été conçue, et qui vient démontrer que la science n'a jamais fait faillite comme certaines voix, malheureusement trop écoutées, tendent à le faire croire. Il faut ensuite le féliciter de continuer brillamment son rôle de vulgarisateur scientifique. Je remarquerai toutefois que la multiplicité des questions qu'il fait passer sous les yeux du lecteur a été la cause fatale d'une défectuosité de cette œuvre ; il lui est impossible de donner à chacune des limites nécessaires : il ne peut qu'effleurer certains sujets. Aussi rencontre-t-on par endroits un manque de précision scientifique. Certaines théories sont exposées sans discussion ; certaines opinions restent sans développements. Or, ce livre étant essentiellement un essai de mise au point, il s'ensuit pour le lecteur non prévenu une connaissance insuffisante d'un fait ou une idée fausse à son sujet. Pour prendre

des exemples intéressant plus spécialement la neurologie, je lis à la page 27 cette phrase : « Les femmes, dont l'infériorité cérébrale paraît admise par la science contemporaine, etc. », et la discussion continue sur cette simple constatation. Je sais bien qu'à la page 325 seulement il y a cette autre phrase : « La variabilité du poids de l'encéphale nous a demontré que les différences pour l'homme et la femme étaient moins que significatives. » Il n'en est pas moins vrai que je ne vois exprimé nulle part le fait suivant si important lorsqu'on veut comparer les cerveaux de deux individus de même espèce ou d'espèces différentes : il est admis par nombre de savants (Richet, Manouvrier, Dubois (de la Haye), etc.) que le poids absolu du cerveau n'est rien ; le poids relatif seul est tout ; c'est dans ce sens qu'on va même jusqu'à dire, étant donné certaines considérations évolutives, que le cerveau de la femme est relativement supérieur à celui de l'homme. M. Foveau de Courmelles s'étonne aussi que certains crânes préhistoriques soient plus développés que les nôtres (page 89), qu'on ne puisse évaluer l'intelligence (page 91) au poids de l'encéphale : c'est toujours la même notion de l'influence de la masse du corps sur le poids du cerveau que je ne vois signalée nulle part. Le poids du cerveau est fonction de l'intelligence et de la masse du corps. Ces deux parties ne pouvant pratiquement être scindées on obtient uniquement deux chiffres exprimant plus ou moins nettement l'importance des deux variables (intelligence et masse du corps) dont le poids du cerveau est fonction. Le problème complet avec les procédés actuels de la science est encore insoluble, mais il n'en est pas moins vrai qu'on a l'explication de ces faits et qu'on sait tout au moins qu'il y a un rapport établi. Je trouve aussi regrettable de voir l'auteur énoncer certaines opinions manifestement erronées. Ainsi (page 89) on lit : « L'homme qui actionne son cerveau est dolichocéphale alors que le paysan est brachycéphale à encéphale moins développé. » En premier lieu il n'est pas prouvé qu'un cerveau de brachycéphale soit moins développé qu'un cerveau de dolichocéphale. En second lieu, si une ville située dans un pays à type brachycéphale, présente plus de dolichocéphales, cela ne tient en aucune façon au développement intellectuel du citadin. Il est évident, en y réfléchissant un peu, et surtout en observant, que le paysan conservera longtemps le type primitif de sa race; mais, devenu citadin, il le perdra par suite de mélanges et de croisements faciles avec les étrangers toujours plus nombreux dans les villes. Inversement si le type autochtone était dolichocéphale les habitants des villes deviendraient plus ou moins brachycéphales. Tout cela est très simple, mais malheureusement moins séduisant que cette prétendue transformation du crâne sous les efforts de la pensée ! En citant cette opinion sans la discuter, M. Foveau de Courmelles propage une erreur. Dans un autre ordre

d'idées je me demande s'il faut regarder comme une conquête scientifique la pénétration des médecins dans le Parlement? Je ne vois pas pourquoi la profession médicale fournirait des aptitudes spéciales à faire de la politique. De plus il faudrait établir que les médecins actuellement ou députés ou sénateurs sont vraiment des hommes de science : je crois qu'on en trouverait peu à qui donner ce titre dans le Parlement. Il faudrait en outre prouver que leur science peut s'appliquer ou s'est appliquée à résoudre la question sociale, comme l'indique l'auteur. Bien loin d'y voir une conquête de la science, je crois que celle-ci n'a rien à y gagner.

Quoi qu'il en soit, ces critiques, je dois le dire, sont plutôt des regrets que l'auteur n'ait pas approfondi certaines questions, quitte à publier deux volumes sur l'esprit scientifique contemporain. Cela m'aurait procuré le plaisir de lire plus longuement son style si varié et si agréable, de goûter des idées neuves et des jugements originaux. Il n'y a pas de savant qui ne puisse apprendre beaucoup par la lecture de l'*Esprit scientifique contemporain*.

G. PAUL-BONCOUR.

Nous croyons utile, à propos de l'analyse de notre collaborateur et ami, M. le Dr Paul-Boncour, de rappeler le passage suivant de Paul Bert.

« Vous m'avez profondément blessé, Monsieur l'Évêque ; mais, laissez-moi vous le dire, bien que cela vous soit sans doute fort indifférent, je ne vous en veux pas. Il est clair pour moi que vous n'avez pas pu comprendre la valeur que prenaient, en s'appliquant à un *homme de science*, les expressions par vous employées. *Calomniateur*, *falsificateur*, *imposteur*, ce sont là, en effet, des mots d'un usage fréquent dans la *langue des thaumaturges*, et que se renvoient volontiers, sans y paraître attacher d'importance, ceux qui vivent de la crédulité et de la sottise humaines. Qu'ils se jettent à la tête le célèbre *mentiris impudentissime*, c'est affaire à eux.

« Mais ne savez-vous pas, Monsieur l'Évêque, ce qu'est un *homme de science;* quel culte ardent et sans partage il a voué à la *Vérité*, l'*éternelle et sainte Vérité*, qu'il invoque et poursuit, malgré les anathèmes des superstitions effarées? Ne savez-vous pas que sa *parole respectée* vaut jusqu'à inscription de faux? Ne savez-vous pas que le moindre soupçon sur sa véracité lui inflige la plus sanglante injure ; que le mensonge est pour lui ce qu'est la prévarification pour le juge, et la lâcheté pour le soldat? Non, à coup sûr, vous n'êtes pas accoutumé de parler à des hommes de science. » (*La Morale des Jésuites*, par PAUL BERT ; Dédicace à M. Freppel, évêque d'Angers qui avait publiquement traité P. Bert de calomniateur et de falsificateur de textes.)

VII. *Revue des Thèses de la Faculté de Médecine de Bordeaux* (année 1897-1898); par les Drs RÉGIS et L. DE PERRY [1].

10. *Le suc ovarien. — Effets physiologiques et thérapeutiques;* par le Dr BESTION.

L'auteur conclut : 1° de ses expériences : le suc ovarien glycériné ou aqueux est beaucoup plus toxique pour le mâle que pour la femelle qui, dans la majorité des cas, résiste à des doses semblables et ne succombe en général qu'avec des doses deux fois plus fortes. Les femelles pleines succombent aux mêmes doses que les mâles. Le suc ovarien de brebis est aussi actif que le suc ovarien de truie.

2° De ses observations cliniques et de celles des auteurs : les symptômes pénibles de la ménopause naturelle ont disparu ou se sont considérablement amendés par l'ingestion d'extraits d'ovaires, sans aucune autre médication. Les mêmes résultats ont été observés dans les troubles qui suivent la castration ovarienne. L'amélioration rapide observée chez les aménorrhéiques et les chlorotiques est constante.

L'influence de l'extrait d'ovaire sur les troubles mentaux qui accompagnent les lésions génitales ou la castration est réelle.

En même temps qu'une amélioration de l'état local, se produit toujours une amélioration de l'état général. C'est même un des premiers résultats observés après l'ingestion d'un extrait d'ovaire, suc ovarien ou extrait sec : l'appétit revient, les digestions sont plus faciles et l'évacuation intestinale se régularise.

Les diverses préparations d'ovaires ont la même action tant sur l'état local que sur l'état général. L'ovairine, en pilules, paraît plus pratique que le suc ovarien; mais on n'est jamais très sûr de l'asepsie de ces préparations, comme on l'est avec les extraits liquides, qui ont subi la filtration.

Comme dose,on ne doit pas dépasser pour le suc ovarien 3 centimètres cubes par jour, en commençant par 1 centimètre cube et en augmentant la dose tous les huit jours.Pour les pilules (10 centigrammes) on doit en donner deux par jour au début et augmenter la dose jusqu'à six par jour.

Il est bon de mettre en garde les praticiens contre l'emploi de la médication ovarienne chez les femmes enceintes, le suc ovarien ayant presque toujours provoqué la mort expérimentalement chez les femelles pleines. Enfin, on devra toujours commencer par le traitement ovarien, avant d'en employer un quelconque, dans tous les cas où il est indiqué, c'est-à-dire dans les troubles de la ménopause naturelle ou post-opératoire, dans la chlorose et aussi

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. VIII, n° 44, p. 164.

dans les troubles psychiques provoqués par un défaut de sécrétion ovarienne.

11. *Des impulsions et en particulier des obsessions impulsives ;* par le Dr Le Groignec.

Jadis les auteurs considéraient les impulsions symptomatiques comme des entités morbides : peu à peu les faits mieux étudiés se précisèrent, et on rattacha aux diverses psychoses dont elles relèvent, les impulsions. L'obsession impulsive s'est dégagée à son tour de cet ensemble. Les impulsions, dans les principaux états morbides ont, en effet, des caractères propres qui permettent le plus souvent par l'examen des circonstances qui précèdent, accompagnent ou suivent l'exécution, de diagnostiquer l'affection. Parfois la difficulté de reconnaître l'insanité des actes délictueux et criminels, est telle, que la nécessité absolue de l'examen médico-légal s'impose. Entre l'obsession phobique et l'obsession impulsive il n'y a pas de démarcation tranchée : elles sont toutes deux accompagnées d'une tendance à l'acte. Quant aux obsédés à tendances homicides, ils cèdent rarement à leurs impulsions, et seulement quand d'autres facteurs apportent leur appoint à l'obsession (dégénérescence, alcoolisme).

12. *Des délires dans l'impaludisme;* par le Dr Chabal.

Les auteurs ont signalé des troubles psychiques imputables à l'*impaludisme*. Ils ont toujours considéré ces troubles jusqu'ici comme des délires d'aliénation commune, rentrant dans le cadre des vésanies. Quelques auteurs même sont allés jusqu'à nier l'existence de ces délires qu'ils faisaient dépendre de l'alcoolisme, confusion naturelle, car dans ces cas, l'on a affaire à des troubles similaires.

Le délire palustre est un *délire toxique* et comme tous les délires toxiques un *délire de rêve*. Ce délire en effet est en tous points comparable aux troubles délirants de l'alcoolisme, et l'on y retrouve, — malgré la fièvre qui peut changer la manifestation toxique — les trois périodes assez bien caractérisée.

L'ivresse palustre appartient à l'accès sans suivre pourtant exactement son évolution, mais toujours elle prend naissance pendant l'élévation de température. On y retrouve : une ébauche de *période d'excitation* de courte durée, qui fait place à la *seconde* période (*ébrieuse*) avec perturbations de l'intelligence. La fin de l'accès impaludique se termine, comme l'ivresse, par le sommeil de la *période comateuse :* sommeil profond avec perte complète de la connaissance et de la sensibilité.

Les délires de la convalescence peuvent présenter tous les degrés, depuis un simple état de stupeur rêveuse jusqu'à la confusion

mentale hallucinatoire aiguë. On distingue le *délire palustre subaigu* qui, comme le délire alcoolique, est un rêve éveillé ou de jour, faisant suite à un rêve endormi ou de nuit. On y retrouve aussi des hallucinations; les visuelles sont plus fréquentes que celles de l'ouïe.

Le *délire palustre aigu*, qui n'est que l'exagération du subaigu peut se présenter sous forme dépressive ou sous forme agitée. Dans la forme dépressive, la stupeur est profonde, les hallucinations existent, mais plus effrayantes et toujours menaçantes, c'est ce qui explique les fugues des malades. Parfois, à cet état, se joint un vrai délire avec idées hypochondriaques et de persécution, d'où tendance au suicide (fièvre chaude des anciens). La forme agitée n'est autre chose qu'une sorte de delirium tremens. Le *délire palustre aigu* est celui qui constitue la fièvre pernicieuse comateuse. Il se présente sous deux formes différentes : la dépressive (stupeur intense) et l'agitée (convulsions, puis coma).

Les troubles lointains de l'impaludisme n'ont pas de caractères bien spéciaux : il faut noter la fréquence des hallucinations de l'ouïe et du délire de persécution. On a signalé aussi des pseudo-paralysies générales, dont les autopsies n'ont révélé en aucune façon les lésions matérielles propres à cette affection.

13. *Le délire dans la jalousie affective*; par le Dr Imbert.

La jalousie affective est une passion qui consiste à vouloir posséder seul les sentiments et l'attention d'un autre être. Elle s'accompagne de défiance, d'inquiétude, parfois même d'angoisse. Mais la jalousie affective ne reste pas toujours à l'état de simple passion : elle peut franchir un degré de plus et devenir morbide. Entre les deux existent comme toujours des états de transition difficiles à classer, surtout chez les enfants, les vieillards, les névropathes, et au cours des diverses étapes de la vie génitale.

La jalousie affective morbide comprend plusieurs degrés qui peuvent aller depuis l'*obsession* consciente mais irrésistible jusqu'à la psychose complète en passant par l'idée fixe délirante intermédiaire. En dehors de ces formes de jalousie morbide, idiopathiques pour ainsi dire, l'on peut rencontrer des idées délirantes de jalousie à titre de symptômes ou de phénomènes accessoires dans un certain nombre de maladies mentales, notamment dans l'excitation maniaque pure, la folie à double forme, la paralysie générale au début, l'imbécillité et en particulier dans la folie systématisée progressive. Qu'il soit idiopathique ou symptomatique, le délire jaloux est presque toujours en rapport avec l'un des trois facteurs suivants : 1° névrose (hystérie, neurasthénie, épilepsie); 2° alcoolisme; 3° dégénérescence. Ces trois facteurs sont tantôt séparés, tantôt associés pour le produire.

L'*étiologie* du délire de la jalousie affective est celle de toutes les psychopathies additionnée de certaines causes occasionnelles spéciales, puisées dans les circonstances et le milieu.

Quant au *diagnostic*, il comprend plusieurs points : 1° la distinction de la jalousie-passion de la jalousie-maladie ; 2° dans la jalousie maladie, la distinction des délires idiopathiques et des délires symptomatiques ; 3° la distinction dans chacun des deux groupes de la variété morbide. Souvent ces différenciations présentent des difficultés surtout lorsqu'il s'agit de distinguer la passion à son paroxysme de la maladie, et dans celle-ci l'obsession consciente et l'idée fixe du délire circonscrit des persécutés-persécuteurs raisonnants.

En général, le pronostic est grave ; il varie, non pas tant suivant la forme et l'intensité du délire que suivant le facteur qui le commande. C'est dire que dans l'hystérie et dans l'alcoolisme la jalousie morbide est moins tenace et moins définitive que dans la neurasthénie et la dégénérescence des persécuteurs raisonnants.

Enfin, au point de vue médico-légal, la jalousie morbide soulève les problèmes les plus intéressants et les plus graves soit au civil soit au criminel. L'étude de la capacité, de la responsabilité des délirants jaloux est comme toujours avant tout, en médecine légale, une question de diagnostic. Cette capacité et cette responsabilité varient donc suivant la forme clinique du délire et son intensité et aussi, dans chaque forme, suivant les individus. Il n'y a donc pas de règle générale fixe ; c'est une question d'espèce et de mesure, variable suivant les cas.

14. *Essai sur le subconscient dans les œuvres de l'esprit et chez leurs auteurs;* par le Dr Paul Chabaneix.

Il est des individus qui présentent à certains moments, soit le jour, soit la nuit, un état particulier difficile à définir, tenant le milieu entre le sommeil et la veille, entre le conscient et l'inconscient sorte de rêve somnambulique, ou comme on dit, de subsconcient. Dans cet état, la cérébration automatique s'exerçant en pleine liberté peut engendrer à côté de rêvasseries vagues et confuses, des conceptions suivies, des scènes vivantes et coordonnées, parfois même des productions achevées de l'esprit, qui apparaissent le plus souvent à l'individu comme nées en dehors de sa volonté, ou même en dehors de lui.

Étant donnée la fréquence chez les hommes de talent et de génie du somnambulisme et de la névropathie, des hallucinations oniriques, il était intéressant de savoir s'ils étaient particulièrement sujets au rêve subconscient, et si oui quelle part ce subconscient pouvait revendiquer dans leurs créations.

Il ressort de l'étude de l'auteur que le subconscient paraît se

retrouver avec une grande fréquence chez les hommes de talent et de génie, et que chez beaucoup, il intervient dans les productions à un degré plus ou moins marqué. Certains même ont la sensation d'être comme étrangers à leurs productions. « Je n'y suis pour rien, disait Mozart. »

Cette démonstration met en lumière l'une des conditions psychologiques les plus curieuses dans lesquelles puissent se produire les grandes œuvres de l'esprit humain. Elle établit aussi que la personnalité des hommes de talent et de génie, si diversement interprétée, est plutôt faite d'éréthisme nerveux que de folie et que les grands créateurs sont souvent, non des insensés, mais des dormeurs éveillés perdus dans leur abstraction subconsciente, en un mot des êtres à part marchant vivants dans leur rêve étoilé.

15. *Contribution à l'étude des obsessions-inhibitions et en particulier de l'inhibition génitale;* par le Dr Sautarel.

L'obsession-inhibition est une lésion de la volonté d'action ; le sujet essaie vainement de transformer une idée en acte, « sa volonté n'est plus suffisante pour actionner son système moteur et les efforts qu'il tente à cet égard n'aboutissent qu'à augmenter son trouble et son angoisse » (Régis). Ce phénomène peut se produire soit par manque de désir, soit par impuissance à agir.

L'aboulie du pouvoir se présente sous une forme obsédante. On a ainsi une obsession-inhibition comparable en sens inverse à l'obsession-impulsion. Tandis que celle-ci, en effet, consiste essentiellement dans la lutte anxieuse contre un acte qui tend à s'imposer, l'obsession-inhibition, elle, consiste dans l'effort anxieux pour accomplir l'acte désiré. Comme toutes les obsessions, l'obsession-inhibition peut se présenter en clinique sous les formes les plus variées : parmi les plus fréquentes il faut citer l'inhibition vésicale et l'inhibition génitale. Cette dernière est le phénomène qui agit sur les centres psychiques pour supprimer la fonction bien qu'il n'y ait aucune lésion essentielle organique. La syncope génitale peut se présenter sous trois formes : 1° puissance conservée pour toutes les femmes ; 2° puissance conservée pour toutes les femmes, sauf pour l'épouse légitime ; 3° puissance conservée pour l'épouse légitime et abolie pour les autres. Comme toutes les obsessions, les inhibitions sont, ou constitutionnelles ou accidentelles. Elles s'observent soit chez les hystériques, soit surtout chez les neurasthéniques, et se différencient par des caractères propres.

Naturellement il importe tant au point de vue du pronostic que du traitement, de distinguer les obsessions-inhibitions des phénomènes analogues qu'on peut rencontrer dans divers états morbides, et en particulier de l'aboulie des mélancoliques. Généralement le diagnostic est assez facile ; cependant il est des cas où il est diffi-

cile; ce sont ceux où il y a mélange de neurasthénie et de mélancolie, et où l'aboulie, par suite, participe de l'une et de l'autre.

16. *De la précocité et des perversions de l'instinct sexuel chez les enfants*; par le Dr Pélofi.

L'hérédité est capable de subir des transformations qui semblent la faire dévier de l'état premier. En se transformant, l'hérédité a le pouvoir de faire des précoces, à tous les points de vue, des sujets qu'elle atteint, aussi bien dans le domaine physique que dans le domaine intellectuel et moral. Cette précocité porte le plus souvent sur une faculté hypertrophiée aux dépens des autres, en somme précocité partielle. Elle peut affecter des modalités différentes et si elle porte sur de grandes facultés comme la mémoire, l'intelligence, l'imagination, elle est susceptible d'atteindre d'autres territoires particuliers et porter — ce qui est assez fréquent — sur la sexualité. Cette précocité sexuelle ne s'affirme pas toujours avec un caractère normal : le plus souvent, au contraire, elle affecte le type des aberrations génitales. Suivent quelques observations dont l'une intéressante, d'onanisme irrésistible et d'éveil sexuel, chez une petite fille observée à la clinique des maladies mentales de la Faculté.

17. *Moyens de défense et psychothérapie dans les obsessions*; par le Dr Bellet.

Les moyens de défense chez les obsédés constituent un véritable mode de réaction psychique, bien différent de la réaction de défense des aliénés. Mais ces moyens protecteurs peuvent parfois amener du soulagement chez ceux qui les emploient. Le plus ordinairement ils présentent pour eux des inconvénients sérieux soit en renforçant l'obsession existante, soit en la compliquant d'une nouvelle. Ces moyens de défense sont susceptibles d'être classés en moyens *psychiques*, en moyens *symboliques*, en moyens *matériels*.

Les obsédés sont très susceptibles de recevoir des influences suggestives variées, venant du milieu et de l'entourage. Très souvent aussi il serait indiqué de procéder à l'isolement du malade sous une forme appropriée. Malheureusement, on se heurte en pratique à de nombreux obstacles. L'isolement est surtout profitable aux neurasthéniques ou hystériques chez qui la névrose d'angoisse atteint une grande intensité.

La psychothérapie à l'état de veille — entendue dans son sens le plus large — est d'une importance capitale dans le traitement psychique des obsessions. Bien conduite elle amène parfois des guérisons, toujours des améliorations très sensibles. Il faut cependant faire observer que, si la psychothérapie hypnotique est toute-puissante quand elle est applicable, c'est-à-dire chez les hystéri-

ques et les hystéro-neurasthéniques, elle échoue dans les états obsédants constitutionnels, qu'on les envisage comme relevant de la neurasthénie ou de la dégénérescence.

VIII. *Thèses de la Faculté de Médecine de Paris* (année scolaire 1897-1898) *sur la neurologie et la psychiatrie.*

Abricossoff (Glafira). *L'hystérie aux* XVII[e] *et* XVIII[e] *siècles* (étude historique). — Aghavnian (Krikoris). *Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hémiplégie organique.* — Ameline (Marius). *Energie, entropie, pensée.* Essai de psychophysique générale basée sur la thermodynamique, avec un aperçu sur les variations de l'entropie dans quelques situations mentales. — Amice (Toussaint). *Aphasie traumatique.* — André (Jules). *De la sialorrhée.* — Arondel (Auguste). *Etude sur les hallucinations des moignons.* — Astié (André). *Contribution à l'étude de la névrite amyotrophique des tuberculeux.* — Attal (Joseph). *Des troubles vasomoteurs dans l'hystérie.* — Audureau (Jules). *A propos de quelques tumeurs encéphaliques opérées.*

Baillet (Arsène-Auguste). *Les paralysies urémiques.* — Bakradzé (Marie). *Contribution à l'étude du traitement chirurgical du pied bot paralytique.* — Ballard (Julien). *Comment meurent les épileptiques.* — Ballet (Victor). *De la paralysie bulbo-spinale asthénique ou symptôme d'Erb.* — Bargy (François). *De l'alcoolisme au point de vue de la prophylaxie et du traitement.* — Beigbéder (Félix). *Du délire dans l'érysipèle.* — Bélianine (M[lle] Catherine). *Troubles de la parole dans l'hémiplégie infantile.* — Bloch (Isidore). *Contribution à l'étude de la syringomyélie à type scapulo-huméral.* — Boissou (Pierre). *Etude critique des interventions sur le sympathique cervical dans la maladie de Basedow.* — Bonnus (Gaston). *Contribution à l'étude de la maladie de Friedreich à début tardif.* — Bouchard (Auguste). *Etude sur les bourdonnements et bruits d'oreilles.* — Bourgeois (Fernand). *Contribution à l'étude de la claudication intermittente par oblitération artérielle.* — Bourggraff (Paul). *Contribution à l'étude clinique et pathogénique du syndrome de Basedow.* — Brasiano (Dinn). *Etude sur l'atrophie musculaire dans l'hémiplégie.* — Brun (Roger). *Contribution à l'étude des sarcomes des nerfs et en particulier des nerfs du membre supérieur.*

Champomier (Alexandre). *De la morphine comme anesthésique en obstétrique.* — Cocard (René). *Symptomatologie des fractures de la base du crâne.* — Cololian (Maksoud-Boghos). *Les alcooliques persécutés.* — Corneille (Fernand). *L'aphasie dans le diabète.* — Courtillier (Léon). *Contribution à l'étiologie et à la pathogénie du pied bot congénital.* — Créhange (Moïse). *Contribution à l'étude de l'hémimélie.* — Czos (Olivier). *De l'électrolyse bipolaire appliquée au traitement des angiomes et des nævi materni.*

Danos (Paul). *Pathogénie des abcès de l'encéphale.* — Dauphin (Léon). *Les causes d'ordre général dans l'étiologie de la paralysie faciale périphérique.* — Decrette (Edouard). *Déformation des narines dans le bec de lièvre.* — Delage (Léon). *De la chorée gravidique.* — Delorme (Lubin-Émile). *Contribution à l'étude de la clinique de la morphinomanie.* — Del Pozo (Octave). *Du traitement de la chorée de Sydenham par l'arsenic à hautes doses.* — Devignevielle (Amédée). *Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux fractures.* — Deyber (René). *Etat actuel de la question de l'amœboisme nerveux.* — Doré. *La mort dans la paralysie générale.* — Dorliat (Alexis). *Contribution à l'étude de la neurasthénie.* — Dubois (Henri). *Des atrophies musculaires d'origine hystérique.* — Dupau (Georges). *Du zona et en particulier du zona facial dans la paralysie générale.* — Duquennoy (Paul). *Sur une forme à début douloureux de la paralysie infantile.*

Edwards (Frédéric). *Contribution à l'étude de la paralysie spinale aiguë de l'adulte et de sa nature.* — Evesque (Joseph). *Paralysies du plexus brachial consécutives aux luxations de l'épaule.*

Fachatte (Raymond). *La puberté et les premiers troubles menstruels.* Étude clinique. — Fauvet (Adolphe). *Du traitement de la neurasthénie par l'isolement.* — Fleury (Pierre). *Contribution à l'étude des hernies épigastriques.* — Foix (Jean). *Des paralysies post-typhiques.* — Fouqueau (Ernest-Paul). *Observations d'accès d'éclampsie puerpérale et traitement.* — François (Eugène). *Etude sur la lypémanie anxieuse.*

Gamblin (Gabriel). *De la tarsalgie dans ses relations avec les troubles du système nerveux.* — Ganault (Ernest). *Contribution à l'étude de quelques réflexes dans l'hémiplégie d'origine organique.* — Gaucher (Fernand). *Des déformations persistantes irréductibles des pieds dans les paralysies alcooliques.* — Gauthier (Ernest). *Des mouvements automatiques rythmiques.* — Gayzal (André). *De l'insomnie dans les affections cardiaques et en particulier de l'insomnie d'origine dyspnéique dans les cardiopathies artérielles.* — Giacometti (Jean). *Valeur séméiologique de l'exagération des réflexes dans le mal de Pott.*

Iscovescu (Maurice). *Contribution à l'étude des idées de jalousie dans le délire alcoolique.*

Jaisson (Félix). *Les psychoses puerpérales.* — Jeunet (François). *Contribution à l'étude du traitement du goitre exophtalmique par la section ou résection du sympathique cervical.*

Kheifetz (Samuel). *Des fausses grossesses et fausses tumeurs hystériques* (grossesses nerveuses, tumeurs fantômes). — Kirkoff (Nicolas). *Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec la syphilis acquise et héréditaire.*

Lacroix (Joseph). *Traitement de la coqueluche par les inhalations d'oxygène saturées de vapeurs médicamenteuses.* — Lagorse (Joseph).

Diagnostic et traitement de la paralysie spinale infantile par l'électricité. — Landis (Mme Rosa). *Contribution à l'étude de la sclérose en plaques chez l'enfant.* — Legay (René). *Essai sur les rapports de l'organe auditif avec les hallucinations de l'ouïe.* — Lemercier (Albert). *Répression thérapeutique et sociale de l'alcoolisme.* — Leplat (Jean). *Les esquilles pénétrantes dans les fractures du crâne.* Mécanisme, diagnostic et traitement. — Leroy (Eugène-Bernard). *Etude sur l'illusion de fausse reconnaissance* (Identificirende Erinnerungstaenschung de Kraepelin) *chez les aliénés et les sujets normaux.* — Lévy (Paul-Émile). *L'éducation rationnelle de la volonté. Son emploi thérapeutique.* — Liautaud (Julien). *Du délire des actes dans la paralysie générale.* — Lorrain (Maurice). *Contribution à l'étude de la paraplégie spasmodique familiale.* — Lutsgaren (Isidore). *Les manifestations nerveuses de la blennorrhagie.*

Macé (Georges). *Quelques considérations sur les accès éclamptiques, principalement sur leur diagnostic et leur traitement.* — Machtou (Moïse). *Sur la nature de la sclérodermie.* — Malliotis (Démétrius). *Les troubles visuels graves après les pertes de sang.* — Margoliès (Mme Rebecca), née Kaménetzky. *Troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme* (étude pathogénique). — Margouliss (Abraham). *Contribution à l'étude des troubles nerveux dans la tuberculose pulmonaire.* — Martin (Georges). *Etude sur la neurasthénie et l'état mental des neurasthéniques.* — Maynaud (Armand). *La sciatique variqueuse chez les femmes enceintes.* — Meillon (Alfred). *Contribution à l'étude des paralysies du larynx centrale.* — Métais (Abel). *De la recherche du sperme au point de vue médico-légal.* Etude comparative des divers procédés. — Millet (Charles). *L'apophyse mastoïde chez l'enfant. Trépanation, traitement consécutif.* — Montier (Georges). *De la sialorrhée urémique.*

Pasquet (Victor). *Les aliénés dissimulateurs.* — Péchoutre (Ferdinand). *Lésions médullaires dans le tétanos et mécanisme des contractures.* — Penot (Alexandre). *Contribution à l'étude du délire dans la paralysie générale.* — Perrée (Albert). *Etude des rayons de Rœntgen appliqués aux expertises médico-légales.* — Perret (Gaston). *De l'albuminurie des nouveau-nés* (rapports avec l'albuminurie et l'éclampsie maternelles). — Poirier (Georges). *Contribution à l'étude des traumatismes du crâne chez les enfants.* — Pouzin (Athanase). *Du pouls lent permanent et des bruits surajoutés pendant le grand silence.*

Rabaud (Etienne). *Contribution à l'étude des lésions spinales postérieures dans la paralysie générale.* — Rebière-Laborde (Léon). *Contribution à l'étude clinique de la fausse angine de poitrine des hystériques* (deux cas nouveaux). — Rellay (Paul). *Essai sur le traitement de l'épilepsie. Considérations sur quelques cas d'épilepsie traités par la trépanation.* — Rocca (Bernardin). *Du méningisme dans les maladies infectieuses.* — Rodiet (Antony). *L'alcoolisme chez l'en-*

fant, ses causes et ses effets en pathologie mentale. — Rosenthal (Moïse). *De la douleur dans la syringomyélie. Sa valeur comme symptôme initial dans cette affection.* — Rousseau (Louis). *Contribution à l'étude de l'innervation des muscles du palais.* — Rozier (Victor). *L'épilepsie sénile.*

Samouilson (Léon). *La coexistence de la sclérodermie et des altérations du corps thyroïde.* — Saurel (Georges). *Du pouls lent en général et en particulier dans le surmenage et l'anémie.* — Scharpiro (David). *Etude sur l'épilepsie. Son traitement par la résection du grand sympathique.* — Souleyre (Charles). *Neurasthénie et genitopathies féminines, étude des formes utérines secondaires de la névrose.* — Sterlin (Henri). *Des troubles sensitifs dans la lèpre.* — Sulzer (David). *Contribution à l'étude du zona ophtalmique.*—Sureau (Edmond). *De l'hypotonie musculaire dans le tabes* (sa fréquence). — Szumlanski (Paul). *Un cas d'arthropathie tabétique précoce à forme hypertrophique chez un vieillard.*

Truelle (Victor). *Etude critique sur les psychoses dites post-opératoires.*

Verger (Martial). *Contribution à l'étude du délire de persécution à évolution systématique.* — Vico (Dominique). *Essai d'étude sur la thérapeutique thyroïdienne.* — Villechauvaix (Jean). *Cervantès, malade et médecin.* — Vivier (Henry). *Sur l'infantilisme.* — Volper (Mlle Raïssa). *Des troubles trophiques dans la lèpre.*

Wetterwald (Félix). *La commotion du labyrinthe.*

L'Administration des *Archives de Neurologie* s'offre à procurer, *dans la mesure du possible*, les thèses ci-dessus à ses *abonnés*.

VARIA.

La maladie de Blaise Pascal ; par le Dr Binet-Sanglé.

Blaise Pascal fut un génie malade, de l'avis de tous ceux qui l'étudièrent. Des critiques de talent, depuis Vict. Cousin jusqu'à M. Havet, et un médecin, relatèrent les divers symptômes qu'il présenta, mais ne purent porter le diagnostic de sa maladie, parce qu'à l'époque où ils écrivaient le syndrome n'en était pas encore classé. Tous les syndromes que présenta Blaise Pascal, la faiblesse générale, la paraplégie transitoire, l'œsophagisme, les troubles digestifs, les algies multiples et variées, céphalalgie continue,

odontalgie à cessation soudaine, gastralgie, entéralgie, la surémotivité, la tristesse chronique, les troubles de la sensibilité psychique, les phobies, les hallucinations, les troubles du jugement et du raisonnement, les altérations périodiques de l'état général, constituent un tableau assez complet de la neurasthénie grave. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1899 [1].) E. Blin.

De la pédagogie; par Ley et Sano.

Courte note dans laquelle les auteurs démontrent la nécessité de constituer une science de l'éducation qui devra servir de base aux pédagogues de l'avenir. Dans ce but MM. Ley et Sano réclament la création de laboratoires destinés à permettre les études de pédométrie, de physiologie, de psychologie, etc., pouvant contribuer à la connaissance plus complète de l'enfant. Ils insistent en outre sur la nécessité d'étudier parallèlement les enfants normaux et les enfants anormaux [2] et proposent d'annexer aux établissements d'instruction des écoles spéciales pour les enfants arriérés.

Les premières écoles de ce genre ont été organisées en Allemagne, puis en Suède, en Danemark, en Angleterre, aux Etats-Unis d'Amérique, en Belgique, en Australie. « En France il n'existe que des asiles pour les idiots et on ne peut regretter, ajoutent les auteurs, de voir les vaillants efforts faits depuis plusieurs années par Bourneville, dans le but d'obtenir la création d'écoles spéciales, avoir aussi peu de succès [3]. » (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 9.) G. Deny.

Société de Neurologie.

La Société de Neurologie a été fondée, à Paris, le 8 juin 1899. Elle a pour but de réunir, en assemblées périodiques, les médecins qui s'occupent des maladies du système nerveux. Elle se compose de membres titulaires et de membres correspondants nationaux et étrangers.

La Société de Neurologie se réunit en séances publiques, le premier jeudi de chaque mois (excepté les mois d'août, septembre et octobre), à la Faculté de médecine de Paris, salle des Thèses, n° 2, à neuf heures et demie du matin. Des communications et

[1] Voir : Lélut, *L'Amulette de Pascal.*

[2] C'est ce que nous avions voulu faire à l'Orphelinat Prévost, à Cempuis et ce qui nous a valu des accusations aussi violentes qu'injustifiées de la part des réactionnaires cléricaux du Conseil municipal de Paris et de leurs journaux. (B.).

[3] Voir aux annonces : *Lettre à M. Ch. Dupuy, sur la création de classes spéciales pour les enfants arriérés.*

présentations de malades ou de pièces sont faites par les membres de la Société.

Des communications et présentations de malades ou de pièces peuvent être faites par des personnes étrangères à la Société ; elles doivent être annoncées au moins huit jours à l'avance au bureau qui donne, s'il y a lieu, l'autorisation nécessaire. La durée de chaque communication ne doit pas excéder un quart d'heure ; sa longueur ne peut dépasser une page d'impression. La *Revue neurologique*, organe officiel de la Société, publie le 15 de chaque mois les bulletins des séances.

Composition du bureau. — Président : M. Joffroy ; vice-président : M. Raymond ; secrétaire général : M. Pierre-Marie ; secrétaire des séances : M. Henry Meige ; trésorier : M. Souques.

Membres titulaires fondateurs. — MM. Achard, Babinski, Ballet, Brissaud, Dejerine, Dupré (E.), Gilles de la Tourette, Gombault, Klippel, Parinaud, Parmentier, Paul Richer [1].

FAITS DIVERS.

Les aliénés en liberté. — Sous ce titre : *Un fou meurtrier*, l'*Aurore* du 2 juin publie ce fait :

« Depuis quelque temps, M. Honoré Parisot donnait des signes non équivoques d'aliénation mentale. Pour se soustraire à ses violences, sa maitresse, Marie Raclot, l'abandonna pour aller habiter 29, rue des Prairies. Dans la soirée d'hier il la rencontra rue Le Bua et lui offrit un bock. Au moment où elle s'asseyait, Parisot saisit une paire de ciseaux et l'en frappa au sein gauche. La malheureuse a été transportée à l'hôpital Tenon. Le fou-meurtrier, désarmé aussitôt, a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. »

— La cour d'assises de Riom a jugé hier l'affaire du meurtre commis à l'école normale sur l'élève Quinty par l'élève Vacher. Presque tous les témoins étaient des professeurs ou des élèves de l'école. Ils ont tous défendu Vacher. M. Sicard, avocat, a plaidé l'*irresponsabilité* de son client et a prétendu que le meurtre était dû à une *crise épileptiforme*. Le jury a rendu un verdict affirmatif seulement sur la question de coups et blessures. En conséquence, Vacher a été condamné à deux ans de prison. (*Le Soleil* du

[1] Voir le Compte rendu de la première séance à la page 155 du numéro d'août.

2 juin 1899.) — Voilà encore un malheureux malade, aliéné méconnu, qui n'aurait pas dû être condamné et envoyé en *prison*, mais placé dans un *asile* et soigné.

— On a trouvé pendu ce matin, dans sa chambre, un boulanger de la place du Peyrou, à Toulouse, nommé Jonquières, âgé de trente-huit ans ; le malheureux était atteint de la monomanie de la persécution. (*Petit Parisien*.)

— Un employé des ponts et chaussées de Fontenay, le nommé Eugène Le Bolay, âgé de vingt-trois ans, se trouvant à la Roche-sur-Yon, chez Mme veuve Niveau, sa grand'mère, rentière rue de Nantes, a tenté de se donner la mort en s'ouvrant la gorge avec un rasoir. Le malheureux, qui est atteint d'*aliénation mentale*, croit être une victime de l'affaire Dreyfus et que les gendarmes vont venir l'arrêter. Son état est très grave. (*Petit Parisien* du 15 août.)

L'Alcool. — On nous mande de Pau qu'un ancien préposé des douanes nommé Pierre Busson, retiré à Baigorry, après avoir, dans un *accès d'alcoolisme*, essayé de tuer diverses personnes, notamment sa sœur, un garde des bois de M. D. Abdadie et la propriétaire du jeu de paume, avait été désarmé par la gendarmerie. Relâché, il s'empara du couteau d'une vieille mendiante, la tua et blessa sa sœur et une voisine. Il se porta ensuite un coup à la gorge, puis se jeta dans la Nive. Les gendarmes purent s'emparer de lui et le mettre en lieu sûr. (*Le Temps* du 12 juin 1899.)

— Un loueur de voitures de Quimper, le nommé Jean Rival, âgé de cinquante-cinq ans, demeurant avenue de la Gare, s'est suicidé en absorbant de l'arsenic ; cet homme était *alcoolique*. (*Petit Parisien*, 11 août.)

— *L'incendie de Marcillac*. — La femme Veilleraud est maintenue en état d'arrestation. *Alcoolique incorrigible*, elle aurait, paraît-il, commis son crime dans un moment d'*ébriété*. (*La Petite Gironde*, 14 août.)

— Sous ce titre : *L'Affaire du boulevard Ornano*, le *Petit Parisien* du 21 août publie le fait suivant :

« Dans l'après-midi d'hier, vers une heure, le gardien de la paix Charles Grandjean, du dix-huitième arrondissement, était requis par le chef de gare de la station du boulevard Ornano pour procéder à l'expulsion d'un individu qui causait du scandale dans la gare. L'agent se trouva en présence d'un ouvrier terrassier que l'*ivresse* rendait furieux, et il fut accueilli par des coups de pied et de poing. Plusieurs personnes ayant pris parti pour l'ivrogne, la foule s'amassa, et le gardien de la paix dut se réfugier dans une salle de la gare, tandis qu'au dehors plus de six cents personnes proféraient contre lui des menaces de mort. Attirés par la

rumeur publique, le sous-brigadier Bouchez et les agents Zorzi, Thévenin et Enocq accoururent, mais ce ne fut qu'après une lutte terrible qu'ils purent s'emparer de l'ivrogne, le ligoter et le conduire au poste de la rue du Mont-Cenis. Les représentants de la police ont tous été très malmenés ; mais l'état de Grandjean, qui a dû interrompre son service, est le plus grave. L'ouvrier arrêté n'a pas voulu faire connaître son identité. Il s'est contenté de déclarer à M. Carpin, qui a procédé à son interrogatoire, que ce n'était pas la première fois qu'il « décollait » un agent. Le coupable a été écroué au Dépôt.

ERRATUM. — Page 124, ligne 30 au lieu de l'*opération*, il faut lire l'AMÉLIORATION.

CHAGNON (E.-P.) et VILLENEUVE. — *Aliénés méconnus et condamnés.* — Brochure in-8° de 11 pages. — Montréal, 1899. — G. Senécal et Cie.

CLERICI (A.) ed MEDIA (E.). — *La malattia di Parkinson e l'eredo-familiarita.* — Brochure in-8° de 23 pages. — Milano, 1899. — Tamburini et Cie.

DONATH (J.) und HÜLTL. — *Ein Fall von Neurologia spermatica. Résection des Nervus lumbo-inguinalis und Nervus spermaticus externus.* — Brochure in-8° de 9 pages. — Wien und Leipzig, 1898. — W. Braumüller.

TANZI (E.). — *Il misticismo nelle Religioni, nell' arte e nella pazzia.* — Brochure in-8° de 20 pages. — Firenze, 1899. — Chez l'auteur.

TANZI (E.). — *Sui rapporti della cerebroplegia infantile con l'idiozia.* — Brochure in-8° de 24 pages. — Florence, 1899. — Chez l'auteur.

TANZI (E.). — *Due casi d'idiozia mixedematosa.* — Brochure in-8° de 10 pages, avec 4 figures. — Firenze, 1899. — Chez l'auteur.

THOMSON (J.) et WELSH (A.). — *A case of general paralysis of the insane in a child.* — Brochure in-8° de 7 pages, avec une planche hors texte. — London, 1899. — *British Medical Journal.*

WILLIAMSON (R.-T.). — *Syphilitic diseases of the spinal cord.* — Volume in-8°, cartonné, de 127 pages, avec 10 figures et 4 planches hors texte. — Manchester, 1899. — Librairie Sherratt and Hughes.

ZUCCARELLI (A.). — *Gli nomini di genio e la loro biografia clinica.* — Brochure in-16 de 30 pages. — Napoli, 1898. — Tipografia Melfi e Joele

---

AVIS TRÈS IMPORTANT. — *Depuis le 28 JUILLET M. H. DURAND n'a plus aucune fonction au* **Progrès Médical**. *Il est remplacé par M. Aimé* **ROUZAUD** *qui est chargé exclusivement des* **annonces** *et de la partie administrative.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 999

Vol. VIII. Octobre 1899. N° 46

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

RELATION D'UN CAS DE CONFUSION MENTALE POST-OPÉRATOIRE;

Par le Dr FENAYROU,
Médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés de Limoges.

Malgré les nombreux travaux qui ont été consacrés en ces dernières années à l'étude des troubles psychiques post-opératoires, et les discussions importantes dont elle a été l'objet en 1898 à la *Société de Chirurgie* et au *Congrès des médecins aliénistes* d'Angers, l'accord est loin d'être fait entre les auteurs sur cette question. Les divergences d'idées portent non seulement sur l'étiologie et la symptomatologie de ces désordres cérébraux, mais encore sur le sens précis qu'il faut attribuer à l'expression de troubles psychiques post-opératoires, et, par suite, sur la constitution de ce groupe d'affections mentales. Trois opinions principales sont en présence : d'une part, M. le Dr Picqué, chirurgien des hôpitaux de Paris et des asiles d'aliénés du département de la Seine [1], éliminant les délires d'origine médicale, les délires toxiques (délire alcoolique), les délires par intoxication médicamenteuse, et les délires dus à une intoxication septicémique, survenus à la suite d'opérations chirurgicales, et qu'il désigne sous le nom de faux délires post-opératoires, n'admet, comme psychoses post-opératoires véritables, que

[1] Dr L. Picqué. *Du délire psychique post opératoire*. (Communication à la *Société de Chirurgie*. Séance du 1er mars 1898.)

les cas dans lesquels le délire ne relève d'aucune des causes déjà citées, et « survient sans fièvre chez des sujets qui ne sont ni des malades ni des intoxiqués ».

D'après lui, dans ces derniers cas les troubles cérébraux se manifestent sous la forme d'états d'excitation ou de dépression. Les premiers de ces états apparaissent avec une fréquence spéciale chez les enfants, les vieillards, les hystériques, et surtout chez les malades atteints de prédisposition héréditaire; ils peuvent être engendrés par toutes les opérations chirurgicales, même les plus simples. Quant aux états de dépression, surtout fréquents chez les héréditaires et les prédisposés, ils ne sont guère observés qu'à la suite de certaines opérations déprimantes, telles que les amputations, la castration, l'opération du varicocèle ayant entraîné l'atrophie du testicule, la taille hypogastrique, l'établissement d'un anus contre nature, etc.

M. le Dr Régis [1], au contraire, distingue, dans l'ensemble des troubles psychiques post-opératoires, deux ordres de faits : 1° les troubles psychiques survenant à l'occasion d'une opération; 2° les troubles psychiques relevant, comme cause fondamentale, de l'opération. Selon lui, les derniers, seuls, doivent être retenus comme troubles psychiques post-opératoires; les autres sont des folies communes, des vésanies, dues à la prédisposition, et n'ayant de commun avec l'opération que la coïncidence. Contrairement à ce qui existe pour ces vésanies qui affectent nécessairement une forme quelconque, les vrais troubles psychiques post-opératoires répondent à un même type clinique : la confusion mentale. Sur ce fond de confusion mentale survient très fréquemment un état délirant qui se présente avec tous les caractères de ce que M. Régis appelle le délire onirique, et qu'il croit caractéristique d'une intoxication endogène ou exogène.

Cet auteur classe les troubles psychiques post-opératoires en trois groupes : 1° les troubles psychiques immédiats, qui surviennent aussitôt après l'opération, et qui paraissent dus à l'intoxication chloroformique agissant à la faveur du shock; 2° les troubles psychiques secondaires, qui éclatent du deuxième au dixième jour, et qui sont dus soit à la septicé-

[1] Dr Régis. *Les troubles psychiques post-opératoires.* (Discussion au *Congrès des médecins aliénistes.* Angers 1898. — Compte rendu in *La Presse médicale*, 6 août 1898.)

mie ou à une infection accidentelle, soit à une auto-intoxication déjà existante, ou réalisés chez certains individus moins résistants par le shock opératoire : ce sont les plus nombreux et les plus typiques; 3° les troubles psychiques tardifs, qui n'apparaissent que plusieurs semaines après l'opération, et que M. Régis attribue à l'asthénie de l'organisme produite par diverses causes, telles que la débilitation progressive, la cachexie, la fièvre, à des pansements longtemps prolongés, surtout à l'iodoforme, ou à la suppression d'un organe à sécrétion interne tel que le corps thyroïde ou l'ovaire. Les troubles psychiques post-opératoires sont donc, dans tous les cas, d'après M. Régis, dus à un trouble de nutrition ou à une intoxication de l'organisme.

Enfin, d'après une autre opinion, soutenue par M. le professeur Joffroy et par M. le Dr Rayneau[1], auteur du rapport si documenté présenté au Congrès d'Angers, « il n'existe point un type spécial de psychose que l'on pourrait étiqueter folie post-opératoire. Les troubles psychiques post-opératoires présentent les symptômes les plus divers ». Ils sont le résultat de l'action combinée d'une série de causes d'ordre psychique ou physique sur des sujets prédisposés. L'action pathogène de ces causes n'est d'ailleurs pas fatale, et la constatation des groupements étiologiques, d'ordinaire les plus puissants, ne permet pas de prédire avec certitude l'éclosion de la folie post-opératoire. A plus forte raison ne permet-elle pas de « prévoir quelle serait la nature du délire, la forme et la durée des accidents ».

En outre de ces différences essentielles que nous venons de signaler dans la façon de concevoir les troubles psychiques post-opératoires, on relève encore bien des divergences d'opinion entre les aliénistes, sur ce sujet en général, et surtout sur l'importance relative des divers facteurs susceptibles d'être incriminés dans la pathogénie de ces désordres cérébraux. M. Rayneau les a relatées, en détail, dans son remarquable travail.

[1] Dr Rayneau. *Les troubles psychiques post-opératoires.* (Rapport au *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.* Angers, 1898.) — Professeur Joffroy. *Troubles psychiques post-opératoires.* (Leçon clinique publiée dans *La Presse médicale*, 19 mars 1898. *Troubles psychiques post-opératoires.* (Discussion au *Congrès des médecins aliénistes.* Angers, 1898.)

Seule, la clinique peut trancher définitivement la question. Mais il est indispensable que les observations choisies comme base d'appréciation, soient aussi précises et aussi complètes que possible, et contiennent non seulement l'exposé des troubles délirants actuels, mais encore celui des antécédents héréditaires et personnels des malades, et de toutes les particularités qui ont pu jouer un rôle dans l'étiologie de ces accidents. Or, parmi la multitude des cas de troubles psychiques post-opératoires qui ont été publiés, il en est un grand nombre qui n'ont pas toute la précision de détails désirable et qui, pour ce motif doivent être éliminés. Aussi n'est-il peut-être pas inutile de relater de nouvelles observations. C'est ce qui nous a décidé à rapporter ici le cas suivant :

OBSERVATION. — Sommaire : *Ligature de l'artère axillaire chez un sujet prédisposé à la folie par une hérédité alcoolique et vésanique et par une intoxication éthylique ancienne. — Infection de la plaie opératoire. — Septicémie. — Apparition des troubles mentaux huit jours après l'opération. — Confusion mentale avec délire onirique et alternatives irrégulières d'excitation et de dépression. — Au bout de huit mois, amélioration progressive. — Troubles de la mémoire. — Guérison sans affaiblissement intellectuel.*

C... (Jean), soixante ans, colporteur, est entré à l'asile d'aliénés de Naugeat, le 6 avril 1898.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade est mort d'une affection pulmonaire, à un âge assez avancé ; au cours de son existence, il avait fait de sérieux excès de boisson, mais jamais il n'avait présenté de troubles mentaux. — La mère, décédée par suite d'une affection cardiaque, a toujours joui de la plénitude de ses facultés. — C... a eu deux frères, dont l'un est mort en bas âge, et l'autre a succombé à l'âge de vingt-six ans, par suite de tuberculose pulmonaire. — Une tante du côté maternel, décédée à un âge très avancé, a été atteinte d'aliénation mentale pendant les dix ou quinze dernières années de sa vie. Nous ignorons quelle forme ont revêtu les troubles mentaux signalés chez cette parente de notre malade.

Antécédents personnels. — C... a toujours eu une excellente santé. Doué d'une intelligence moyenne, il s'est montré toute sa vie très insouciant. Ami de la gaieté, ne songeant qu'à passer tranquillement le présent, sans se préoccuper de l'avenir, il a accepté aussi philosophiquement que possible les rares événements malheureux qui se sont produits pendant son existence.

Il a fait sept ans de service militaire en France ; pendant cette période, il a mené joyeuse vie : il reconnaît qu'il a beaucoup bu et qu'il s'est livré à quelques excès génésiques; mais il affirme qu'il n'a pas contracté de maladie vénérienne.

Pendant quinze ans, C... a été employé en qualité d'infirmier et de sous-surveillant à l'asile de Naugeat. Bien que l'exercice de ces fonctions ne lui eût pas absolument fait perdre l'habitude de boire d'une façon excessive, il accomplit son service dans des conditions assez satisfaisantes, jusqu'au jour où une faute grave le fit renvoyer de l'établissement.

Il se trouva alors brusquement sans ressources et sans emploi, obligé de chercher un moyen de subvenir à son existence et à celle de son fils. La perspective de tomber dans une profonde misère ne troubla pas un seul instant la tranquillité de son esprit. Son seul souci fut de trouver un métier qui lui permît de gagner quelque argent en conservant son indépendance et sa liberté. Il se fit colporteur, et, quoique les bénéfices qu'il retirait de ses ventes fussent des plus minimes, il se trouva toujours, en cette situation, le plus heureux des hommes. Il ne regretta qu'une chose : c'est que l'insuffisance de ses ressources l'empêchât presque toujours d'abuser, et parfois même d'user des boissons alcooliques.

Au commencement de l'année 1898, C... remarqua qu'une grosseur apparaissait au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle gauche, en un point comprimé habituellement par la courroie soutenant la boite dans laquelle étaient renfermées ses marchandises. En même temps que se développait cette grosseur, il ressentait des fourmillements dans le bras, et éprouvait une difficulté croissante à mouvoir ce membre. Il dut cesser son travail; puis, le volume de la tumeur s'étant accru dans de très notables proportions, il se décida, à la fin du mois de février 1898, à entrer à l'hôpital de Limoges. Là, il fut reconnu atteint d'un anévrysme de l'artère axillaire, et la ligature de ce vaisseau fut jugée nécessaire. Le malade accepta docilement les conseils du chirurgien, et ne fit aucune difficulté pour se soumettre à l'opération qui lui fut proposée. Son insouciance habituelle se manifesta encore en cette circonstance; il ne se préoccupa pour ainsi dire pas des conséquences fâcheuses que cette affection et l'intervention chirurgicale nécessitée par elle, pouvaient avoir pour un malheureux obligé, comme lui, de travailler pour gagner sa vie. La perspective de l'opération ne l'effraya nullement, et, le moment venu « il se mit, dit-il, sur la table d'opération, comme il se serait couché sur son lit pour se reposer après une grande fatigue ». La ligature de l'axillaire fut pratiquée au commencement du mois de mars. Pendant les premiers jours qui la suivirent, l'état mental de C... n'attira nullement l'attention ; sa santé générale, au contraire, fut très sérieusement compromise ; en effet, la plaie opératoire s'in-

fecta, une fièvre intense apparut, et le malade présenta les signes ordinaires d'une septicémie aiguë.

Huit jours environ après l'opération, l'entourage de C... commença à observer en lui des signes dénotant une légère altération de ses facultés mentales. Plus impressionnable que de coutume, il manifestait une émotivité anormale et, parfois, une véritable sensiblerie; par intervalles, il prononçait des phrases bizarres ou même vides de sens. Il ne semblait pas toujours se rendre bien compte de ses actions, et certaines d'entre elles étaient empreintes d'un cachet d'automatisme manifeste. Ses propos, ses gestes même, semblaient, par moments, indiquer l'existence d'illusions ou d'hallucinations de la vue. C'est ainsi qu'un jour, il dit à son fils, au cours d'une visite de ce dernier : « Regarde là-bas ces gens qu'on écorche; en voici qu'on électrise », tandis qu'il n'y avait dans la salle qu'un seul malade fort calme à qui on faisait un pansement. En même temps que ces symptômes psychiques se développaient, les troubles somatiques persistaient, au point de compromettre même l'existence de C...; la fièvre était très prononcée, les forces déclinaient rapidement, et un refus obstiné des aliments et des médicaments aggravait encore la situation.

L'intensité des désordres cérébraux s'accrut graduellement. La désorientation d'esprit déjà signalée chez C..., devint complète et se manifesta par une incohérence absolue des propos et par des actes désordonnés, accomplis sans but, avec une inconscience évidente. Quoique très fatigué, épuisé par la fièvre et par une abstinence prolongée, sinon absolue, il se levait parfois, courait d'un lit à l'autre, se déshabillait, et errait nu dans le dortoir, incapable de retrouver sa place sans le secours des infirmiers ou de ses voisins. Il ne semblait pas se rendre compte de l'endroit où il était et du temps qui s'était écoulé depuis son entrée à l'hôpital; il ne reconnaissait pas son entourage. Les illusions sensorielles et les hallucinations persistaient, mais ne paraissaient pas de nature terrifiante.

Dans les derniers jours du mois de mars, l'état physique s'améliora sensiblement; la cicatrisation de la plaie fit de notables progrès. et la fièvre diminua; mais C..., qui jusqu'alors avait été assez calme, fut pris d'une vive excitation. Ses actes extravagants, sa loquacité, sa turbulence diurne et nocturne, ne tardèrent pas à nécessiter son admission à l'asile de Naugeat.

6 *avril* 1898. — A son entrée dans cet établissement, l'état physique de notre malade attire tout d'abord notre attention; extrêmement amaigri, le teint pâle, terreux même, C... est dans un état de faiblesse tel qu'un dénouement fatal nous paraît imminent. Le pouls est très rapide; on compte 116 pulsations par minute; la langue est sèche et rôtie, mais il n'y a pas d'élévation de température. L'auscultation du cœur ne révèle aucun bruit anormal; il

existe, cependant, une légère exagération du retentissement du second bruit à la base. Les artères radiales et fémorales ne semblent pas sclérosées. — Les urines ne renferment pas d'albumine.

La plaie opératoire est à peu près cicatrisée; cependant, il persiste une fistule par laquelle s'écoule encore une assez grande quantité de pus. Le membre opéré est considérablement œdématié; la température en est sensiblement inférieure à celle du membre sain, ses téguments sont violacés, cyanosés; sa sensibilité est considérablement émoussée, mais le malade y ressent fréquemment des fourmillements, et parfois même de vives douleurs spontanées. Les mouvements du membre et en particulier ceux de l'articulation de l'épaule sont très limités et très douloureux.

Dans la sphère psychique, les troubles ne sont pas moins accentués. Un élément semble prédominer dans l'état mental du malade : c'est la confusion des idées. C... parle presque continuellement; ses propos ne sont qu'une suite de divagations incohérentes formées par un assemblage de mots ou de membres de phrases sans aucun rapport les uns avec les autres. Il s'exprime le plus souvent sur un ton invariable, entrecoupant fréquemment ses paroles de quelques instants de repos. De temps à autre, il élève la voix, et pousse des exclamations dont il est difficile de saisir la signification; ou bien il chante d'une façon monotone, ou plutôt il psalmodie les mêmes incohérences.

Au milieu de ses divagations, nous relevons les phrases suivantes : « Des machines me poursuivent... J'ai tout perdu »; seuls indices de l'existence d'un délire mélancolique et d'hallucinations terrifiantes.

L'attitude, la physionomie du malade sont assez mobiles; habituellement dépourvu d'expression, son regard s'anime lors des paroxysmes de l'agitation. Souvent, cette exaltation, qui s'accompagne d'ordinaire d'une gaieté bruyante, fait place, sans transition, à une grande dépression se traduisant par une attitude triste et même par des pleurs. Les larmes et le rire se succèdent chez lui avec une extrême facilité.

Ses actes sont, pour la plupart, empreints d'un cachet d'indifférence très marqué. C... fait des gestes bizarres qui paraissent dépourvus de toute signification; il se couche dans les positions les plus anormales, et, parfois, se place si près du bord du lit qu'il lui arrive de perdre l'équilibre, et de tomber sur le sol; après sa chute, il parait tout étonné de se voir étendu sur le parquet. Lorsqu'on le laisse seul, il se lève et, machinalement, sans aucun but, se promène dans le dortoir; puis, incapable de reconnaître son lit, il se couche à la place d'un autre malade. En un mot, il a absolument les allures d'un automate.

Il paraît, d'une façon générale, étranger au monde extérieur, et ne prête que par intervalles une attention vague et fugitive à ce

qui se passe autour de lui. Toute l'attention dont il est capable, est absorbée par ses idées délirantes et ses hallucinations, encore que les unes et les autres ne soient ni très actives, ni même nombreuses. Ce n'est qu'avec peine que l'on parvient à le tirer pour quelques instants de ses rêveries, et à provoquer une réaction en rapport avec les excitations que l'on fait agir sur lui. Lorsqu'on l'interroge, il est nécessaire de répéter plusieurs fois la même question pour obtenir une réponse. Il faut, par l'intonation ou le geste, stimuler énergiquement le malade pour réveiller son esprit engourdi. La lenteur avec laquelle s'effectue le travail cérébral est attestée par les longues hésitations qui précèdent chaque réponse; la recherche de la solution attendue nécessite de la part du sujet un effort considérable, mais encore souvent insuffisant.

C... éprouve de grandes difficultés à rappeler ses souvenirs; certains d'entre eux paraissent réellement éteints, mais la plupart persistent, plus ou moins vagues et incertains, il est vrai. C'est ainsi qu'il est tout d'abord incapable de nous dire son âge; puis il soutient qu'il a soixante-quatorze ans, et enfin il parvient à trouver son âge véritable qui est de soixante ans. Alors qu'il a habité l'asile de Naugeat pendant quinze ans et qu'il en connaît très bien toutes les parties, il ne reconnaît pas le lieu où il se trouve; d'après ses réponses, il est manifeste qu'il se croit à l'hôpital de Limoges; cependant, quelques instants après, il prononce quelques paroles prouvant qu'il comprend où il est. Il confond les personnes, et ne semble pas reconnaître ses anciens camarades. Le jour de son entrée, il fait beaucoup de difficultés pour s'alimenter. Il ne dort pas, malgré l'absorption de deux grammes de chloral.

22 *avril*. — L'état du malade ne s'est pas sensiblement modifié. La confusion des idées persiste avec des alternatives irrégulières d'excitation et de dépression. On ne distingue pas l'existence de conceptions délirantes systématisées. Si quelques idées de persécution se manifestent, à un moment donné, elles n'ont aucune consistance, et sont tout à fait fugitives. Quant aux hallucinations, elles paraissent en général dépourvues du caractère terrifiant qu'elles ont, d'ordinaire, dans la confusion mentale. Ces constatations, faites pendant la période aiguë de la maladie, ont été confirmées par les explications fournies par C... après sa guérison.

Le désordre des actes est toujours aussi accentué, l'insomnie résiste aux hypnotiques prescrits quotidiennement. Le malade se lève presque tous les jours, mais, à raison de sa faiblesse, il est obligé de se recoucher au bout de quelques instants. Il s'alimente d'une façon assez irrégulière ; cependant, il absorbe assez de nourriture pour qu'on puisse se dispenser de recourir au cathétérisme œsophagien.

L'état physique s'améliore lentement; la plaie de l'aisselle con-

tinue à suppurer, mais la quantité de pus qu'elle donne, a sensiblement diminué. Le teint reste pâle; le pouls est toujours précipité; la température est normale.

21 *mai.* — Pas de changement appréciable, ainsi que l'atteste la conversation que j'ai eue aujourd'hui avec C... et dont voici quelques fragments, textuellement reproduits (Les séries de points indiquent les pauses faites par le malade) :

D. Y a-t-il longtemps que vous êtes ici ?

R. ... Plafond... Je vous la laisse... Blanc, noir... non... mais c'est oui... Ri... fixe... arme... Non... toujours non... S... au pluriel... se... en face, portez armes... Pas... (long silence)... Oh ! je sais votre nom... D'où êtes-vous ? Il fait beau (Accès de rire)... du côté que vous voudrez, écrivez, fixez... en face, bien en face... tour, tourillon, rien.

D. Comment allez-vous ?

R. ... Près de moi... vous faites besoin... non... ah ! oui... bien heureux... malheureux, mais obligé... Touchez-moi, s'il vous plait (Pleurs pendant une à deux minutes suivis d'éclats de rire subits).

D. Où êtes-vous ? — R. Fermez... (Éclats de rire)... nous ne pouvons pas.

D. N'avez-vous pas habité Naugeat autrefois ? — J'y suis revenu.

D. Comprenez-vous ce que je vous dis ? — R. . . (Long silence)... J'entends... (Il marmotte ensuite quelques mots inintelligibles, et se met à faire des gestes; il joint les mains, puis remue les doigts, et enfin se croise les bras. Sa physionomie est extrêmement mobile.)

D. Connaissez-vous M. X... ? (fonctionnaire de l'asile qu'il a connu jadis). — R. ... Oui... j'irais chez lui d ici là.

D. Avez-vous quelques ressources ? — R. ... Je n'ai rien... absolument rien. (Exact.)

D. Depuis quand êtes-vous ici ? — R. ... (Longue hésitation)... Je n'en sais rien.

D. N'avez-vous pas subi une opération ? — R. ... On m'en a fait plusieurs.

D. Quel âge avez-vous ? — R. Quatre-vingt-dix-neuf ans.

Je renouvelle cette question, mais j'obtiens invariablement la même réponse; quelques instants après, cependant, C... me dit l'année exacte de sa naissance. Il est donc manifeste que l'état mental n'a guère changé; la désorientation d'esprit et l'engourdissement de l'intelligence sont toujours très marquées; on constate aussi les mêmes gesticulations bizarres et les mêmes actes automatiques, sans but apparent. C... parait la plupart du temps, ne pas avoir conscience de sa situation; en diverses circonstances, cependant, il a prouvé que, non seulement il n'était pas tout à fait étranger à ce qui l'entourait, comme on pouvait le soupçonner, mais encore que, dans une certaine mesure, il se rendait compte

de sa position, et que son esprit était exceptionnellement capable de fonctionner dans des conditions, sinon normales, du moins assez satisfaisantes. C'est ainsi qu'il lui est arrivé à plusieurs reprises de sortir spontanément de ses rêvasseries habituelles pour donner aux infirmiers des conseils très sensés sur les mesures provisoires à prendre à l'égard de malades devenus subitement agités ou violents.

La confusion des personnes existe toujours ; C... prend un des infirmiers pour un autre employé de l'asile, son ancien camarade de travail et de fête, et donne aux autres personnes, dont plusieurs étaient bien connues de lui autrefois, des noms de son invention.

Sur ce fond invariable de confusion mentale se greffent des accès d'excitation et de dépression qui se succèdent à des intervalles très courts. Ces accès ont pour principaux caractères, leur apparition et leur disparition soudaines ; leur durée est essentiellement variable : tantôt ils ne persistent que quelques instants; tantôt ils se prolongent pendant plusieurs heures ou même des journées entières. L'excitation est généralement prédominante. L'existence de ces accès parait subordonnée à celle d'hallucinations visuelles et auditives plus ou moins actives, entretenant un véritable délire onirique. C... a, du reste, après sa guérison, comparé spontanément à un rêve l'état dans lequel il se trouvait alors.

A cause de sa faiblesse encore très grande, C... reste couché presque continuellement; il se découvre fréquemment, est malpropre, crache sur les couvertures, renverse sur les draps la plus grande partie des aliments qu'on lui présente. Il fait beaucoup de difficultés pour manger. Les hypnotiques qui lui sont prescrits, ne produisent pas d'effets appréciables, et le sommeil continue à être rare.

Depuis quelques jours, le malade est atteint d'une légère bronchite, et présente des signes de congestion aux bases des poumons, conséquence probable de refroidissements qu'il a contractés en se découvrant dans son lit et en se promenant dans le dortoir dans un costume des plus sommaires.

Malgré cette affection incidente, qui, du reste, parait bénigne, l'état général tend à s'améliorer ; C... recouvre ses forces lentement, mais d'une façon régulière; il est toujours très amaigri ; son teint reste pâle. Aujourd'hui, à quatre heures du soir, le pouls bat 95 pulsations par minute. — La plaie de la région axillaire est à peu près cicatrisée, et ne donne que quelques gouttes de pus.

Juin. — L'état mental ne subit aucune modification. L'amélioration de la santé générale se maintient et s'accentue. La plaie opératoire est complètement guérie à la fin du mois.

Juillet. — La confusion des idées persiste avec la même netteté.

On n'observe plus de dépression; l'excitation est encore très fréquente, mais semble avoir une tendance à décroître; cependant, le malade est toujours bruyant la nuit. Mauvaise tenue. Malpropreté.

Amélioration de l'état physique; le malade se nourrit bien; l'amaigrissement diminue. Impotence fonctionnelle à peu près absolue du bras gauche. Œdème très accentué. Apparition d'ulcérations au niveau de la face palmaire des phalangettes des quatrième et cinquième doigts, sans tendance à la réparation.

Septembre. — Le seul changement qui se soit produit, en ces derniers temps, dans l'état du malade, consiste en une diminution très notable des hallucinations et de l'excitation qu'elles entretenaient. La désorientation de l'esprit persiste avec les mêmes caractères; elle est entrecoupée, cependant, de quelques instants de lucidité relative. — L'état physique s'améliore de jour en jour. Les ulcérations des doigts sont cicatrisées; l'œdème du membre supérieur gauche est toujours très accusé.

Octobre. — Les facultés intellectuelles semblent sortir de la torpeur dans laquelle elles sont plongées depuis plusieurs mois. Le malade se rend mieux compte de sa situation d'une façon générale. Les propos sont le plus souvent incohérents, mais les moments de lucidité tendent à devenir plus fréquents et plus prolongés. C... répond sensément à quelques questions, ou bien il y répond par des jeux de mots ou des phrases à double sens, attestant qu'il comprend bien ce qu'on lui dit (Il est à noter que, de tout temps, le malade a eu coutume de faire des calembours et de tenir des propos plaisants). Ce réveil de l'intelligence s'accentue graduellement pendant les mois suivants. C... s'intéresse tous les jours davantage à ce qui se passe auprès de lui; il commence à se préoccuper de sa position. Ses propos deviennent de plus en plus sensés, ses actes plus raisonnables.

Décembre. — A la fin du mois de décembre, la confusion des idées a à peu près disparu, mais il existe encore une certaine obnubilation intellectuelle et une lenteur anormale de l'idéation. C... s'exprime raisonnablement; il fait beaucoup de jeux de mots, comme avant sa maladie. Toute trace de délire s'est évanouie; aucun symptôme n'indique plus l'existence d'hallucinations et d'illusions sensorielles. Le malade ne commet plus d'erreurs de personnalité; il a assez nettement conscience de sa situation actuelle, et a recouvré la notion exacte du temps et des lieux. Mais il est facile de constater qu'il y a, dans sa mémoire, d'importantes lacunes; l'étendue de ces dernières ne peut guère, en l'état actuel, être déterminée avec précision, à cause de l'obtusion mentale qui persiste encore. Il semble cependant que le malade a conservé le souvenir très exact de sa vie, jusqu'au jour où il a subi la ligature de l'axillaire; l'amnésie ne porte que sur les événements qui ont

suivi l'opération; elle parait être absolue pour certains d'entre eux, partielle seulement pour d'autres.

21 *janvier*. — L'amélioration, constatée précédemment, s'est accentuée d'une façon progressive, et le malade peut aujourd'hui être considéré comme guéri de son accès de confusion mentale. La crise, qui vient de se terminer, n'a laissé aucune trace fâcheuse dans son organisation cérébrale, il n'existe pas d'affaiblissement intellectuel appréciable.

C... se rend compte, depuis quelque temps, qu'il a été atteint de folie. Il n'a eu tout d'abord que vaguement conscience de sa situation présente, et n'a entrevu que d'une façon très indistincte le tableau de l'ensemble des faits qui se sont écoulés pendant cette période de trouble cérébral. Peu à peu, en même temps que son intelligence recouvrait son ancienne vigueur, et que le travail de la pensée devenait de plus en plus facile, son état actuel lui est apparu plus nettement, et ses souvenirs se sont étendus et précisés. Mais cette précision est encore bien loin d'être parfaite. Les faits les plus récents sont, d'une façon générale, ceux dont il a conservé la notion la plus exacte; ceux au contraire, qui remontent à la période de début de son affection n'ont laissé, pour la plupart, dans son esprit, qu'une impression confuse. Il est à noter, cependant, que le souvenir des idées délirantes et des hallucinations se rapportant à cette époque, est beaucoup plus net que celui des faits de la vie réelle. Cette particularité tient à ce que, par suite de son délire et de la désorientation de son esprit, C... restait à peu près, sinon absolument étranger à ce qui l'entourait, et que les excitations reçues par ses organes des sens n'étaient pas perçues par le cerveau, ou ne l'étaient que très vaguement, et, par suite, ne pouvaient laisser dans cet organe qu'une empreinte nulle ou très légère. Par contre, certaines de ces hallucinations l'ont assez vivement impressionné pour qu'il en ait conservé un souvenir assez précis ; ce sont particulièrement les hallucinations de nature triste ou terrifiante, ainsi qu'il ressort des explications qu'il a données sur l'état d'esprit dans lequel il a conscience de s'être trouvé pendant sa maladie.

C... se souvient d'une façon très exacte des circonstances qui ont précédé l'intervention chirurgicale; il se voit encore s'étendant sur la table d'opération, et se soumettant aux inhalations de chloroforme. Sous l'influence de cet agent, il a éprouvé des rêves qu'il est incapable de raconter, mais qu'il croit avoir été des rêves de voyages. Puis, il a perdu connaissance, et à son réveil il a été surpris de se trouver dans son lit, et de constater qu'il ignorait absolument ce qui s'était passé et la durée de son sommeil. Les événements des premiers jours après l'opération n'ont laissé dans son esprit qu'une trace très vague; cependant, il se souvient d'avoir conversé avec des malades couchés dans les lits voisins du sien, et

d'avoir appris par eux les incidents de l'acte chirurgical pratiqué sur lui.

Il est incapable de dire comment et à quel moment ont apparu les troubles mentaux. Il ignore ce qui s'est passé à l'hôpital, à dater du jour où il s'est mis à délirer, et n'a pas la notion de la durée du séjour qu'il a fait dans cet établissement. Il se souvient seulement d'avoir reçu la visite de son fils ; ce dernier est, du reste, la seule personne qu'il ait toujours reconnue pendant la période aiguë de sa maladie.

A l'asile, « il a été comme dans un rêve, dit-il. Le plus souvent, il se croyait dans un pays étranger, ou dans un autre monde. Il voyait le Malin esprit qui cherchait à le tenter pour l'emmener avec lui en Enfer ; le Démon avait la forme d'un homme noir ; il n'en avait pas peur, au contraire il était bien résolu à lutter contre lui, et à lui résister. Les médecins lui apparaissaient comme des anges ; il était avec eux dans le paradis ou au purgatoire. Une fois, il est allé au purgatoire pour voir un de ses amis auquel il s'intéressait et qu'il croyait y être détenu.

« La religion jouait un grand rôle dans ses rêves ; cependant, jamais il n'avait été dévot, et depuis longtemps il avait cessé toute pratique religieuse. Dans son dortoir, se trouvait un autre malade qu'il prenait pour un voleur ; il l'a injurié maintes fois. Un jour, il a vu une espèce de sang ; d'un homme, on voulait en faire deux ; son fils était là pour quelque chose ; il a voulu se sacrifier pour lui.

« Une autre fois, il était allé jusqu'à Bordeaux ; en route, il était entré dans une grange dont la porte était ouverte ; les gendarmes l'ont arrêté pour s'être introduit dans ce bâtiment ; puis on l'a conduit devant le tribunal, qui l'a jugé séance tenante. Un étudiant qui s'est chargé de sa défense, a obtenu son acquittement, en demandant lequel devait être rendu responsable des dégâts, s'il en existait, de celui qui, détenteur de la clef, avait laissé la porte ouverte, ou de celui qui, ayant trouvé le passage libre, s'était introduit là sans intention malfaisante ». L'infirmier qui le soignait a été confondu par lui avec un autre employé de l'asile, qu'il avait connu jadis ; C... n'a reconnu son erreur que le jour où il a réellement revu son ancien camarade.

« En général, dit-il, ses rêves étaient plutôt agréables que pénibles ; mais les cauchemars tristes ou terrifiants l'ont sans doute impressionné plus que les autres, puisqu'il ne se souvient guère que d'eux. Il était le plus souvent gai. Quelque chose lui disait qu'il serait heureux. Parfois, cependant, il était triste et larmoyant. »

C... insiste beaucoup moins sur sa désorientation d'esprit et sa torpeur cérébrale, que sur ses hallucinations et ses illusions sensorielles, et sur le délire entretenu par ces derniers symptômes.

Mais lorsqu'on le questionne sur la nature de ses pensées en dehors de ses rêves, il répond spontanément « qu'*il croit que la plupart du temps, il ne pensait à rien* ».

Au point de vue physique, l'état de notre malade est actuellement aussi satisfaisant que possible; mais l'impotence fonctionnelle de son bras gauche est presque absolue. Cette situation, qui le met dans des conditions défavorables pour gagner sa vie, ne l'inquiète pas outre mesure. La philosophie qui l'a soutenu pendant toute son existence, vient encore à son secours et lui permet de ne pas désespérer de l'avenir.

15 *mars*. — L'état du malade continue à être très satisfaisant. Les lacunes de la mémoire, signalées plus haut, persistent sans aucune modification.

L'observation que nous venons de rapporter est celle d'un cas typique de confusion mentale. Avant de relater les particularités qu'elle a présentées dans sa symptomatologie et son évolution, nous allons l'examiner au point de vue étiologique.

L'accès d'aliénation dont notre malade a été atteint à la suite de la ligature de l'axillaire, a été la conséquence de l'action combinée de l'hérédité, d'une intoxication alcoolique ancienne et de l'infection post-opératoire.

Il y a lieu de rechercher quel a été le rôle de chacun de ces éléments dans la genèse des désordres cérébraux.

Quoique son existence entière se fût passée sans rupture de l'équilibre psychique, C... n'en était pas moins dans des conditions favorables à l'éclosion de la folie. En effet, il était fils d'un alcoolique, et dans la lignée maternelle une de ses proches parentes avait présenté des troubles mentaux. Bien que nous n'ayons pas eu connaissance de l'existence d'autres tares dans sa famille, il n'en reste pas moins établi que notre malade a subi l'influence d'une hérédité alcoolique et vésanique.

L'action de l'hérédité alcoolique s'est manifestée pendant toute la vie de C... par une tendance très prononcée à abuser du vin et des liqueurs fortes. Pendant une longue série d'années, il a pu, à son gré, satisfaire sa passion : son organisation cérébrale a subi alors, sans accident, l'action toxique de doses considérables d'alcool; mais l'imprégnation prolongée de son organisme par cette substance, a certainement produit dans son système nerveux des altérations de nature à diminuer encore sa force de résistance aux agents morbi-

fiques, modifications durables et non susceptibles de rétrocéder après la cessation de l'absorption du poison.

L'influence de l'éthylisme sur la production des troubles psychiques constatés chez notre malade, s'est donc traduite par un accroissement de la prédisposition déjà existante à la folie ; mais elle s'est limitée à cela, et on ne saurait voir dans ce facteur la cause véritablement déterminante de l'aliénation. Nous savons, en effet, que pendant les huit dernières années, C... a été obligé par le manque de ressources de se soumettre, bien malgré lui d'ailleurs, à une abstinence sinon absolue, du moins relative, de sorte que, lorsqu'il a été opéré, il était simplement un ancien alcoolique, et non un intoxiqué actuel.

C'est huit jours après la ligature de l'artère axillaire pour un anévrysme de ce vaisseau, que se sont manifestés chez C... les premiers symptômes de folie. Ceux-ci ont apparu en même temps que les signes d'une septicémie aiguë, conséquence de l'infection de la plaie opératoire, et il semble que l'évolution des troubles psychiques ait été, dans une certaine mesure, subordonnée à celle des troubles d'ordre physique ; d'une part, les désordres cérébraux ont présenté un caractère d'acuité très marqué pendant la période au cours de laquelle la santé générale a été le plus gravement atteinte ; d'autre part, leur physionomie ne s'est modifiée, et leur intensité n'a commencé à décroître qu'à dater du jour où l'état physique s'est amélioré. De plus, la folie a revêtu chez notre malade, la forme que certains auteurs, en particulier M. le Dr Régis, considèrent comme caractéristique des états toxi-infectieux : nous voulons parler de la confusion mentale avec délire onirique. « Les délires toxi-infectieux ou auto-toxiques, dit M. Régis [1], ont tous pour formule clinique la confusion mentale. Le délire toxi-infectieux, au moins dans sa forme habituelle de confusion mentale subaiguë, est un délire de rêve ou onirique... Le délire onirique correspond très probablement, dans tous les cas, à une intoxication, et semble en être la caractéristique clinique. »

Il nous paraît donc légitime de penser qu'il n'y a pas eu simplement un rapport de coexistence entre l'infection, d'une part, et les désordres cérébraux, d'autre part, mais

[1] Dr Régis. *Note sur les délires d'auto-intoxication et d'infection.* (*Presse médicale*, 3 août 1898.)

une relation de cause à effet. Mais, de ce que nous admettons que l'infection a été la cause occasionnelle et déterminante de la folie, il ne s'ensuit pas qu'on doive la considérer comme le seul facteur important dans l'étiologie de la maladie. L'action de l'infection a été manifestement subordonnée à celle de la prédisposition héréditaire et de la prédisposition acquise par le fait d'une intoxication alcoolique ancienne. Ces derniers éléments, dont l'influence sur la production de la folie en général est bien connue, avaient préparé le terrain, qui, sans eux, serait probablement resté stérile.

La participation de ces facteurs au développement des troubles psychiques post-opératoires, ne constitue pas une particularité spéciale au cas que nous étudions ; la plupart des aliénistes sont d'accord pour reconnaître que c'est surtout chez des héréditaires que se produisent, à la suite des opérations chirurgicales, des désordres cérébraux qualifiés suivant les cas et suivant les auteurs, de vrais ou de faux délires post-opératoires, ou simplement de troubles psychiques post-opératoires; de même, l'intoxication éthylique est fréquemment relevée dans l'étiologie de ces accidents, et il est établi que, dans le sexe masculin, ceux-ci ne s'observent guère que chez des alcooliques; mais, naturellement, la puissance pathogène et l'action de cette cause varient suivant l'intensité de l'intoxication et son ancienneté.

Peut-être l'état de faiblesse préexistant à l'opération et aggravé par elle, a-t-il contribué, dans une certaine mesure, à produire la folie chez notre malade ? Mais aucun fait ne nous permet d'être affirmatif à cet égard.

La nature de l'opération et son siège ne sauraient être incriminés, non plus que l'anesthésie chloroformique et l'iodoforme employé pour les pansements.

L'influence de l'élément psychique semble aussi avoir été réduite à son minimum. M. le professeur Joffroy [1] attribue à cet élément représenté par la « préoccupation qui précède et accompagne une opération chirurgicale et par le choc moral consécutif à un grand et brusque traumatisme, un rôle prépondérant dans la pathogénie de la folie post-opératoire... Dans la pathogénie de la production de troubles psychiques consécutivement à une intervention chirurgicale, le rôle pré-

[1] Professeur Joffroy, *Loc. cit.*

pondérant nous paraît, dit-il, devoir être attribué à une action psychique, à une activité pathologique de l'esprit, à une suggestion, une auto-suggestion ou une inhibition, c'est-à-dire à un processus que l'on n'a chance de voir se produire largement, pathologiquement, que chez des prédisposés, des hystériques, des dégénérés ou des intoxiqués ». Bien que notre malade fût sous l'influence d'une prédisposition héréditaire manifeste, et d'une prédisposition acquise résultant d'une intoxication éthylique ancienne, il a échappé absolument à cette action psychique. L'insouciance, la tranquillité d'esprit, la confiance en l'avenir, qui ne lui avaient jamais fait défaut au cours de son existence, ne l'ont pas abandonné pendant le développement de la tumeur anévrysmale, qui, pourtant, le mettait dans l'impossibilité de gagner sa vie, et semblait devoir le plonger dans la plus profonde misère. C'est avec le plus grand sang-froid qu'il accepte de se soumettre à l'opération jugée nécessaire ; il n'a été ni effrayé, ni même seulement préoccupé des conséquences immédiates et éloignées de cette intervention chirurgicale, et « il s'est mis, dit-il, sur la table d'opération, comme il se serait couché sur son lit pour se reposer après une grande fatigue ».

L'infection post-opératoire ayant été la cause occasionnelle et déterminante de la maladie, et celle-ci ayant revêtu le type habituel des folies toxiques, les troubles psychiques constatés chez notre sujet, rentrent dans la catégorie des faux délires post-opératoires de M. Picqué.

Pour les mêmes raisons, ils se rangent dans le deuxième groupe des vrais troubles psychiques post-opératoires de M. Régis (groupe des troubles psychiques secondaires).

Pour nous, il nous paraît inutile d'adjoindre un qualificatif à la dénomination de troubles psychiques post-opératoires. Abstraction faite des cas où les troubles mentaux sont la conséquence d'opérations pratiquées sur des organes à fonctions spéciales, tels que la glande thyroïde et peut-être l'ovaire, cas qui doivent être classés à part, il n'y a pas lieu d'établir dans le groupe des psychoses post-opératoires, des subdivisions basées sur l'étiologie.

Celle-ci tout entière est dominée par un élément auquel la plupart des auteurs, et parmi eux MM. Joffroy et Rayneau, attribuent un rôle prépondérant dans la genèse de ces trou-

bles psychiques; cet élément, c'est la prédisposition héréditaire ou acquise. Son influence est particulièrement nette dans le cas que nous venons de rapporter. L'action des autres facteurs est, d'une façon générale, subordonnée à l'existence de celui-ci.

Il n'y a pas à cet égard de différence entre les causes d'ordre psychique (préoccupation, choc moral, etc.), et les causes physiques (infection, intoxication, cachexie, débilitation générale de l'organisme, etc.). Par lui-même l'élément toxi-infectieux, le seul véritable agent producteur des vraies psychoses post-opératoires, selon M. Régis, n'engendre pas plus fatalement des désordres cérébraux que les facteurs d'ordre psychique auxquels M. Picqué attribue les troubles mentaux qu'il appelle les vrais délires post-opératoires. L'insuffisance de ces facteurs est démontrée par ce fait que l'immense majorité des sujets atteints d'infection à la suite d'opérations chirurgicales ne deviennent pas aliénés et que, parmi les personnes que la perspective d'une opération et la peur de ses conséquences préoccupent vivement et plongent même parfois dans une véritable angoisse, un très petit nombre seulement sont atteintes de folie.

Dans notre observation, nous n'avons relevé l'intervention d'aucun facteur d'ordre psychique, mais il n'en est pas ainsi, dans la majorité des cas ; le plus souvent, causes physiques et psychiques se combinent suivant les modes les plus variés, et il est impossible de déterminer avec certitude la part qui revient à chacune d'elles dans la production de la folie post-opératoire. Les mêmes éléments ne paraissent pas avoir toujours la même influence ; ils n'agissent pas constamment de la même façon et avec la même vigueur. Une foule de circonstances peuvent intervenir, en effet, pour renforcer ou atténuer leur puissance, soit directement, soit en augmentant ou en diminuant la force de résistance de l'organe qui tient sous sa dépendance la fonction psychique.

Si les diverses formes que revêt la folie post-opératoire étaient toujours déterminées par les mêmes causes ou groupes de causes, il serait légitime d'établir des subdivisions dans cette classe de psychoses. Mais il n'est pas démontré qu'il en soit ainsi. On tend à admettre avec M. Régis, que la confusion mentale est le type habituel des folies toxiques ; et notre cas en est un exemple bien net; cependant, d'une

part, il n'est pas encore prouvé que cette variété d'aliénation est toujours d'origine toxi-infectieuse, et, d'autre part, il est permis de penser qu'une infection ou une intoxication d'origine interne ou externe, peut jouer un rôle actif et même décisif dans la production d'autres formes de folie. De même que l'intoxication éthylique ne donne pas toujours lieu à la folie alcoolique, mais contribue parfois à engendrer des accès maniaques ou mélancoliques, de même une toxi-infection quelconque peut donner naissance à diverses vésanies, à la manie ou à la mélancolie par exemple, aussi bien qu'à la confusion mentale.

Nous nous rangeons donc, en définitive, à l'opinion que nous avons déjà citée plus haut, de MM. Joffroy et Rayneau, d'après laquelle « il n'y a pas un type spécial de psychose, que l'on pourrait étiqueter folie post-opératoire ». Chez certains prédisposés, l'action combinée d'une série de causes d'ordre physique ou psychique relevant d'une façon plus ou moins directe de l'opération, détermine « l'éclosion d'une bouffée délirante, le réveil d'un délire éteint, ou l'exaspération d'une psychose actuelle. L'action pathogène de ces facteurs n'est d'ailleurs pas fatale, et la constatation des groupements étiologiques d'ordinaire les puissants ne permet pas de prédire avec certitude l'éclosion de la folie post-opératoire. A plus forte raison ne permet elle pas de prévoir quelle serait la nature du délire, la forme et la durée des accidents ».

Nous n'insisterons pas sur les particularités qu'a présentées dans sa symptomatologie et son évolution, le cas que nous venons de rapporter. On trouve dans l'observation de C... les caractères typiques de la confusion mentale. Pendant toute la durée de la maladie, le symptôme fondamental de l'état psychique du sujet a consisté en une désorientation très prononcée de l'esprit, s'accompagnant d'une suspension partielle du fonctionnement cérébral. Mais ce signe a été masqué dans une certaine mesure, pendant une assez longue période de temps, par un délire hallucinatoire (délire onirique de M. Régis). De plus les conceptions délirantes, les hallucinations et les illusions sensorielles, réagissant à leur tour, suivant leur nature gaie ou triste, sur la manière d'être du sujet, ont provoqué une série d'alternatives irrégulières d'agitation et de dépression, qui auraient pu, par

moments, faire prendre pour des vésanies pures ces états maniaques et mélancoliques symptomatiques.

Il est à noter que les hallucinations qui ont été la base du délire onirique constaté chez notre malade, n'ont pas revêtu en général le caractère terrifiant ou simplement triste qu'elles ont habituellement dans la confusion mentale. Les renseignements donnés par le malade sont, à cet égard, des plus nets. C... a conscience d'avoir eu des « rêves » plutôt agréables que désagréables. « Quelque chose, dit-il, lui faisait comprendre qu'il serait heureux. » Mais la plupart des « rêves » agréables ou indifférents n'ont laissé dans son esprit qu'un souvenir confus. Les « rêves » terrifiants ou tristes, au contraire, paraissent l'avoir impressionné beaucoup plus vivement; il se les rappelle avec une certaine précision dans les détails, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la lecture de l'observation.

Le délire onirique a eu une évolution indépendante, jusqu'à un certain point, de celle de la confusion mentale. En effet, celle-ci existait antérieurement à l'apparition du délire, et a persisté assez longtemps après sa disparition.

La confusion mentale proprement dite s'est atténuée progressivement, jusqu'à la guérison complète. Le réveil de l'activité cérébrale consciente et volontaire, s'est fait d'une façon lente et graduelle. Le malade s'en rend bien compte actuellement. Ses idées se sont éclaircies peu à peu; en même temps, sa puissance d'attention s'est fortifiée; il a recouvré d'abord vaguement, puis d'une façon de plus en plus précise, la notion du monde extérieur. Il n'a eu tout d'abord qu'une idée extrêmement confuse des particularités de la crise qu'il venait de traverser; mais ses souvenirs se sont précisés et étendus par la suite; cependant, quelques lacunes, se rapportant pour la plupart à des faits qui se sont passés, au début de son affection, ont persisté et persistent encore dans sa mémoire.

Contrairement à ce qui s'observe dans la majorité des cas, notre malade est sorti de cette longue crise complètement guéri, sans affaiblissement intellectuel appréciable.

CLINIQUE NERVEUSE.

DEUX OBSERVATIONS D'HÉMIPLÉGIE AVEC HÉMIANESTHÉSIE ;

Par MM. MONGOUR et GENTÈS (de Bordeaux).

La nature des hémianesthésies post-hémiplégiques est fort discutée. Faut-il les concevoir comme des troubles purement fonctionnels d'origine probablement hystérique ou bien comme la résultante d'une lésion interrompant dans leur trajet les fibres de conduction de la sensibilité ? Deux observations n'autorisent pas à prendre parti pour l'une ou l'autre de ces hypothèses. Aussi, nous les donnons sans commentaires. Nous ferons simplement remarquer que dans les deux cas la lésion intéressait dans toute son étendue la partie tout à fait postérieure de la capsule interne et que chez la malade (Obs. I) qui a pu être suivie pendant plus de deux mois, à l'anesthésie du début a fait suite une hyperesthésie. Dans ces conditions on se demande s'il n'en eût pas été de même dans l'hypothèse où M. Bert... (obs. II) eut survécu plus de six jours à son ictus. Chez ce malade dont la zone motrice était inaltérée, les troubles de la motilité ne peuvent s'expliquer que par une compression de la partie antérieure de la capsule interne par le foyer hémorrhagique ; du reste ces troubles de motilité diminuaient de jour en jour. Ne pourrait-on pas également invoquer la compression comme cause de l'hémianesthésie ? — Les coupes ont été faites en présence de M. le professeur Pitres qui a pu vérifier l'exactitude des schémas.

OBSERVATION I. — *Hémiplégie gauche complète. Hémianesthésie du côté paralysé, suivie d'hyperesthésie. Mort. Autopsie.*

Catherine D..., journalière, âgée de soixante-cinq ans, entre à l'hôpital Saint-André le 15 septembre 1898 dans le service de M. le Dr Durand, salle 3, lit 19.

Cette malade, dont les antécédents héréditaires et personnels n'offrent aucun intérêt, était en traitement pour troubles dyspep-

tiques consécutifs à une distension de l'estomac. C'était une neurasthénique sujette depuis longtemps aux vertiges, aux céphalées et que l'on gardait dans le service par respect pour son âge et par pitié pour sa misère.

Le 12 novembre 1898, elle fut atteinte d'une congestion pulmonaire des deux bases; son état fut grave pendant une semaine; après avoir présenté tous les signes d'une myocardite confirmée, elle entra en convalescence et se trouvait à peu près guérie lorsque le 11 décembre pendant son repas, elle fut prise à dix heures du matin d'un ictus apoplectique sans perte de connaissance, qui laissa à sa suite une hémiphégie gauche complète.

État de la malade le 12 décembre 1898. — La commissure labiale droite est tirée en haut; la commissure gauche est abaissée. Très légère déviation de la langue à gauche. Les piliers gauches du voile du palais sont flasques et tombants. Facial supérieur intact. Au membre supérieur gauche, la paralysie est complète avec début d'une contracture en flexion de l'avant-bras sur le bras et des doigts dans la main. — Au membre inférieur gauche, l'inertie n'est pas absolue, car à l'occasion d'une piqûre, la malade esquisse un très léger mouvement de flexion de minime amplitude. Pas de contractures.

Réflexes.	Droit.	Gauche.
Plantaire.	Énergique.	Énergique.
Rotulien.	Vif.	Très exagéré.
Abdominal { supérieur.	Nul.	Nul.
Abdominal { inférieur.	Nul.	Nul.
Des radiaux	Très énergique . . .	Notable.
Olécranien.	— . . .	Très énergique.
Pharyngien	Diminué.	

Pas de trépidation épileptoïde du pied à gauche. Légère trépidation épileptoïde du pied à droite. Pas de trépidation rotulienne.

Le phénomène des orteils est des plus nets : à gauche, l'excitation du réflexe plantaire détermine nettement l'extension des orteils; à droite, flexion. Pas de troubles trophiques.

L'intelligence de la malade est suffisamment conservée pour permettre l'examen. Elle cause assez librement et sa conversation est suivie.

Sensibilité. Membre supérieur. — Abolition complète de la sensibilité à la piqûre soit superficielle, soit profonde, au contact, au froid. L'application du thermocautère rougi détermine une sensation pénible que la malade définit ainsi : « ça me pique, ça me fait mal » mais ne provoque pas de sensation de brûlure.

Membre inférieur. — Mêmes troubles de sensibilité avec une légère différence cependant. Sous l'influence d'une piqûre profonde, on constate un léger mouvement de recul; mais elle n'a pas ressenti la moindre douleur; il s'agit d'un acte réflexe sans perception de

sensation douloureuse ou non. Même analgésie pour le thorax, l'abdomen du côté gauche et pour la région cervicale gauche. Seule la sensibilité à la chaleur est conservée à la face.

Odorat. — Muqueuse pituitaire sensible à la piqûre et au contact. Conservation de la sensibilité spéciale (épreuve de l'ammoniaque).

Gustation. — Conservation de la sensibilité générale sur les deux moitiés de la langue. L'état de la sensibilité spéciale n'a pu être recherché d'une manière suffisamment précise.

Vue. — Conservation de la sensibilité conjonctivale. La malade ne paraît pas avoir présenté de troubles de la vue. Nous n'avons pas songé à rechercher l'existence de l'hémianopsie ; du reste, à aucun moment l'examen du champ visuel n'eût été possible après l'ictus.

Ouïe. — Intacte ; la malade ne s'est plainte d'aucun phénomène subjectif. Pas de troubles de la parole. Pas d'aphasie. L'intelligence est évidemment obscurcie ; néanmoins, la malade répond assez nettement aux questions qu'on lui adresse et son examen est relativement facile. Du côté droit non paralysé, nous n'avons à signaler aucun trouble de sensibilité ou de motilité. La trépidation épileptoïde signalée au début persiste seule.

15 *décembre.* — Rotation conjuguée de la tête et des yeux à droite, par conséquent du côté de la lésion encéphalique. Toute tentative de redressement de la tête est extrêmement pénible ; il est impossible de placer la face en position latérale gauche. Miction et défécation involontaires. Depuis le début de l'ictus, la température se maintient soir et matin au-dessus de 39°.

17. — La malade se plaint d'une céphalée frontale droite, ainsi que de douleurs dans le coude et l'épaule du même côté. Elle répond avec beaucoup de lucidité aux questions qu'on lui pose ; mais, si on cesse de l'interroger, elle se met à délirer toujours sur le même sujet ; elle raconte qu'une malade de la salle a placé dans son lit un bras, qu'elle a mis à l'annulaire de la main un anneau de mariage ; elle demande avec anxiété ce qu'elle va faire de ce bras qu'elle croit sentir au pied du lit et insiste pour qu'on l'enlève. Si on la découvre, elle dit en voyant son membre supérieur paralysé : « Tiens ! voilà ce malheureux bras, enlevez-le ! » Elle cherche à le prendre de la main droite, fait un effort pour le soulever et s'écrie en le laissant retomber : « Mais, c'est le mien ! » Ce délire qui est surtout nocturne s'accompagne de pleurs et de lamentations sans fin.

19. — Le délire a cessé en même temps que s'est produit l'abaissement de la température. Sans avoir besoin de voir, ni de toucher son membre paralysé, la malade se rend parfaitement compte qu'il lui appartient et se lamente sur sa paralysie.

31. — Apparition dans la nuit d'un œdème blanc et mou qui s'étend depuis la main jusqu'à l'articulation scapulo-humérale du côté paralysé. Les mouvements imprimés aux articulations du

membre supérieur déterminent de vives douleurs sauf au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et du poignet.

Au membre inférieur, l'œdème remonte jusqu'au genou où apparaît un début de contracture en flexion. Mêmes douleurs articulaires sauf au niveau du cou-de-pied.

6 *janvier* 1899. — Contracture en flexion du membre supérieur et du membre inférieur gauche. Douleurs spontanées très vives, surtout au niveau des petites articulations du pied. Disparition de la rotation conjuguée de la tête et des yeux.

12. — Les douleurs s'étendent au côté droit. Pas de modifications dans les troubles de sensibilité.

19. — En recherchant de nouveau l'état de la sensibilité chez la malade, on constate que le pincement, la piqûre, l'impression du chaud et du froid sont ressentis plus vivement du côté hémiplégié que du côté sain, quel que soit du reste le segment de membre examiné. Cet examen fait à plusieurs reprises a constamment donné les mêmes résultats que l'on peut considérer comme exacts, dans l'état intellectuel de cette malade. Les douleurs spontanées sous la plante et sur le dos du pied gauche sont de plus en plus vives ; des contractures sont nettement établies et l'on note pour la première fois l'existence de la trépidation épileptoïde.

20. — Les résultats fournis par l'examen de la sensibilité sont des plus contradictoires, quelles que soient les précautions prises. La piqûre fait éprouver à la malade une sensation douloureuse ; quelques secondes après, l'anesthésie à la piqûre est absolue toujours au même point. Le froid, la chaleur, le contact sont alternativement perçus ou non perçus sans qu'il soit possible d'établir des conditions précises modifiant la perception des impressions douloureuses ou non.

Ce qui domine chez cette malade, c'est la variabllité de la perception tantôt vive, tantôt nulle et à quelques secondes d'intervalle, parfois même, elle rapporte au membre inférieur droit les sensations qui ont pour origine une excitation périphérique portée sur le membre inférieur gauche.

Cette malade vécut ainsi jusqu'au 19 février 1899. Depuis le dernier examen, les troubles de la sensibilité ne se sont pas modifiés. Du côté non paralysé, rien d'anormal ; du côté hémiplégié nous constatons dans les mêmes régions tantôt de l'hyperesthésie, tantôt de l'anesthésie à la piqûre ; depuis un mois environ la sensibilité à la chaleur et au froid était redevenue normale.

Autopsie. — L'écorce de l'*hémisphère droit* paraît intacte. On ne remarque pas de vascularisation exagérée à la surface et aucun

point n'est atteint de ramollissement. Il s'agit donc d'une lésion centrale et c'est pour la mettre en évidence que nous avons fait la coupe de Flechsig. Notre couteau a sectionné horizontalement l'hémisphère de dedans en dehors, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la couche optique. C'est la surface de section du fragment supérieur que nous représentons ici. Nous avons d'abord décalqué la lésion sur un papier transparent, le cerveau préalablement durci dans le formol et nous l'avons rapportée sur le schéma ci-joint.

Les lésions sont les suivantes : *Hémorragie cérébrale* ayant détruit le tiers postérieur du noyau lenticulaire et de la couche optique et les deux tiers postérieurs de l'avant-mur : le segment rétro-lenticulaire et le tiers postérieur du segment lenticulo-optique de la capsule interne (*fig.* 5, A). Ne trouvant point dans ces lésions une raison suffisante de l'hémiplégie qu'avait présentée notre malade, nous avons suivi le foyer hémorragique qui s'enfonçait dans le centre ovale, vers l'écorce cérébrale, au niveau de la zone rolandique, en contournant le noyau caudé en dehors. Pour nous rendre compte de l'extension de l'hémorragie de ce côté, nous avons fait des coupes de Pitres sur la frontale et la pariétale ascendantes. Elles nous permettent de constater la destruction, immédiatement au-dessus des noyaux centraux, au niveau du pied de la couronne rayonnante de Reil, des fibres unissant la capsule interne à la zone rolandique.



Fig. 5.
a, substance grise; *b*, ventricules; *c*, lésions.

En résumé, il s'agit d'une *hémorragie cérébrale* ayant détruit : 1° Au niveau du centre ovale : le pied de la couronne rayonnante de Reil; 2° Au niveau des noyaux centraux : le quart postérieur du noyau lenticulaire et de la couche optique, les deux tiers postérieurs de l'avant-mur

le segment rétro-lenticulaire et le tiers postérieur du segment lenticulo-optique de la capsule interne.

OBSERVATION II. — *Hémiplégie droite complète. Hémianesthésie sensitivo-sensorielle du même côté.*

M... Bertrand, soixante-huit ans, boulanger, entre à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le Dr Durand, salle 12, lit 14, le 18 mars 1899.

Antécédents héréditaires et personnels sans intérêt. — Le 16 mars, à 6 heures du matin, sans perte de connaissance, le malade s'est aperçu en voulant se chausser que son bras droit était paralysé; ayant voulu marcher, il constata une impotence complète du membre inférieur du même côté. Ces accidents survinrent sans troubles de la parole et se présentèrent dès le début avec l'intensité qu'ils offrent aujourd'hui.

État actuel (19 *mars*). — Paralysie faciale droite totale ayant respecté les muscles innervés par le facial supérieur; il semble cependant que l'orbiculaire droit se contracte avec moins d'énergie que l'orbiculaire gauche. Effacement des sillons et des plis de la face à droite; déviation de la commissure labiale gauche en haut; déviation de la langue du côté paralysé; légère ecchymose sur la paupière droite.

Le voile du palais n'est pas atteint; la luette est médiane; les piliers ne sont pas plus tombants d'un côté que de l'autre et paraissent se contracter avec la même énergie. Pas de reflux des liquides par les fosses nasales.

État intellectuel. — Le malade répond nettement aux questions qu'on lui adresse; il se rend compte de son état et cause avec facilité.

Motilité. Membre supérieur droit. — Impotence absolue de tout le membre; paralysie flasque. La température paraît plus élevée que celle du membre sain, la peau plus rouge et les veines plus apparentes. Ecchymose au niveau de l'olécrâne.

Membre inférieur droit. — Impotence absolue. Paralysie flasque. La température paraît plus élevée.

Sensibilité. Tact. — Nous touchons le coude gauche; le malade dit qu'on lui « prend le bras »; pressé de préciser le point touché, il répond « la main ». En recommençant quelques secondes après la même manœuvre, il déclare qu'on lui touche le ventre; il n'en est pas, du reste, très sûr, car il emploie les expressions suivantes: « il me semble, je crois, etc. » Supprimant ensuite tout contact avec son bras paralysé, il déclare que nous le touchons et inversement que nous ne le touchons pas quand notre main repose sur son coude.

Les mêmes manœuvres répétées sur le membre supérieur gauche donnent des résultats tout différents. Le malade localise

très exactement le point touché. Avec sa main gauche, il explore très bien les différentes régions de son membre supérieur droit dont il apprécie fort bien l'élévation de température.

Au niveau du membre inférieur droit, résultat identique ; le sens du tact est absolument aboli ; il en est de même pour la moitié gauche du tronc, du cou et de la face.

Sensibilité à la piqûre. — Totalement abolie au niveau de l'avant-bras et de la main droite, elle semble légèrement conservée au bras, à la moitié de la face et au membre inférieur ; en tout cas, la sensibilité à la piqûre est incomparablement moins vive que du côté sain. Si l'on pique fortement le membre inférieur droit, le malade déclare éprouver une douleur légère qu'il rapporte au membre inférieur sain.

Sensibilité au froid. — Exactement superposée à la sensibilité à la piqûre et avec les mêmes variations d'intensité.

La sensibilité à la chaleur paraît un peu mieux conservée tout en étant notablement diminuée par rapport au côté sain.

Réflexes. — Normaux à gauche, ils sont légèrement exagérés à droite pour le membre inférieur (réflexe plantaire et rotulien). Au membre supérieur droit, le réflexe des radiaux est très net. Phénomène des orteils très évident.

21. — Amélioration notable de la motilité, mais pas de modification des troubles de sensibilité. Sous l'influence d'une piqûre ou d'un pincement un peu vifs, le malade réagit par des mouvements assez amples du côté malade ; mais il n'accuse pas de douleur et les pupilles ne subissent aucune modification.

Cependant si l'on prolonge l'examen il semble que par instants M... éprouve une légère perception douloureuse très variable d'intensité pour le même point examiné à différents intervalles, mais parfois nulle. La contradiction dans les réponses devient telle qu'on est obligé de suspendre l'examen et cette variabilité extrême de la perception douloureuse est la constatation capitale en même temps que l'exagération du réflexe moteur par rapport à ce qui se passe du côté opposé sous l'influence d'une légère excitation périphérique. Il convient d'ajouter que l'obnubilation mentale progresse de jour en jour. Cependant, M... ne présente aucune forme d'aphasie, ni cécité verbale, ni surdité verbale. Il affirme qu'il pourrait parfaitement écrire s'il avait la force de tenir une plume ou un crayon ; il peut lire.

Sensibilité spéciale. — Du côté de la langue, l'examen n'a donné aucun renseignement précis, car il déglutit immédiatement les aliments dont on voudrait lui faire apprécier la saveur. La moitié droite de la langue est insensible à la piqûre.

Odorat. — L'ammoniaque est sans action sur la muqueuse de la narine droite qui ne perçoit pas la piqûre. Insensibilité de la conjonctive palpébrale du côté paralysé.

Il n'a pas été possible de prendre le champ visuel. Nous avons cherché à nous rendre compte de l'existence ou non de l'hémianopsie par un procédé primitif qui consistait à promener le doigt dans toute l'étendue probable du champ visuel en veillant à la fixité du globule oculaire. Dans ces conditions il ne nous a pas paru exister d'hémianopsie, mais la méthode employée était trop rudimentaire pour que nous puissions conclure ferme des résultats obtenus.

L'intelligence est très affaiblie ; elle est suffisante néanmoins pour que l'on puisse ajouter foi aux réponses faites par M...

22. — Nuit très agitée ; le malade à tout instant essaie de se lever. A la visite du matin, le pouls est incomptable. Miction et defécation involontaires ; face turgide ; bredouillement continuel.

La motilité est toujours abolie. La sensibilité à la piqûre est absolument nulle dans toute l'étendue du membre supérieur ; le malade ne réagit même pas par un mouvement ; au membre inférieur, la piqûre est suivie d'une rétraction rapide, brusque, courte, parfois même de mouvements de flexion du membre inférieur sain ; mais il ne semble pas que M... perçoive de sensation douloureuse, car, si l'on pique le membre gauche, il fait une grimace significative qui n'apparaît pas quand on pique ou quand on pince le membre droit.

La sensibilité est très diminuée au niveau du tronc, de l'abdomen et de la face du côté droit; elle existe cependant car si l'on pique fortement l'une quelconque de ces régions, le malade porte sa main gauche au point blessé.

24. — Anesthésie totale pour le membre supérieur droit, et pour le membre inférieur du même côté. A gauche, pas de troubles de la sensibilité. Pas de trépidation épileptoïde; pas de trépidation rotulienne. Pas de contractures. Pas de troubles trophiques. Mort dans la journée du 25 mars.



Fig. 6.
a, substance grise ; *b*, ventricules ; *c*, lésions.

Autopsie. — Pour la figuration des lésions, nous avons pris les

mêmes précautions que dans l'observation I. La coupe horizontale qui est ici représentée (*fig.* 6) a sectionné en dedans la couche optique à l'union de son tiers supérieur avec son tiers moyen, à 4 centimètres 1/2 du bord supérieur de l'hémisphère, pour ressortir en dehors au niveau de la scissure de Sylvius.

Sans insister longuement sur la description des parties détruites par l'hémorragie, nous ferons remarquer que la partie postérieure et externe du noyau lenticulaire a disparu, qu'il en est de même de la capsule externe, de l'avant-mur et surtout du quart de la capsule interne. Enfin, le segment rétro-lenticulaire de Déjerine et le champ de de Wernicke sont aussi en grande partie intéressés.

Pour nous rendre compte de l'étendue verticale du foyer hémorragique, nous avons fait une série de coupes superposées parallèles à celle qui est représentée ici. Nous avons vu ainsi qu'il s'arrête en haut au niveau d'une coupe passant par le sinus du corps calleux, en bas au niveau d'une coupe passant par la partie la plus inférieure de la couche optique. L'extension vers l'écorce cérébrale en dehors est de moins en moins grande à mesure qu'on s'élève; cependant, il faut dire que partout où existe la lésion, les parties essentielles (partie postérieure du noyau lenticulaire et de la capsule interne) sont détruites.

En résumé, les lésions étaient les suivantes : 1° ramollissement ancien avec la localisation et les dimensions sus-indiquées ; 2° hémorragie ayant détruit essentiellement la partie postérieure du noyau lenticulaire et le tiers postérieur du segment lenticulo-optique de la capsule interne.

SUR L'AMÉNORRHÉE D'ORIGINE NERVEUSE

Par le Dr Eugène COLLONJOU,
Interne de l'Asile d'aliénés de Montauban.

Notre attention a été plusieurs fois appelée, chez les sujets atteints de psychoses diverses, sur la fréquence des troubles de la menstruation. Ces troubles, chez les aliénées, revêtent une allure un peu spéciale et nous semblent constituer un point assez obscur et délaissé de la pathologie nerveuse. Il serait cependant utile de se rendre un compte exact de la nature et de la pathogénie de ces phénomènes, peut-être

trouverait-on dans certains cas la raison des rapports encore inexpliqués mais si fréquents qui existent entre certains troubles psychiques et les fonctions vaso-motrices.

Ces rapports ne sont pas douteux; il est d'observation courante que toute modification psychique, même chez les sujets normaux, a un retentissement sur la sphère vaso-motrice : la peur, la joie, la colère, la mise en jeu de certains instincts ou sentiments comme la pudeur, etc., amènent tantôt la pâleur ou la rougeur des téguments, les sueurs, et jusqu'à l'angoisse précordiale. D'autre part, chez les sujets prédisposés, la frayeur ou les chagrins produisant une maladie mentale, peuvent faire penser à une influence plus forte de ces mouvements psychiques sur les vaso-moteurs ; et il est hors de doute qu'un certain nombre de psychoses ont leur origine dans les troubles de l'irrigation cérébrale. Ainsi s'expliqueraient par l'anémie ou vaso-constriction des centres nerveux les états mélancoliques et par l'hyperhémie ou vaso-dilatation paralytique, les états congestifs ou maniaques.

Nous laissons de côté l'hystérie, qui entraîne si fréquemment des troubles inexpliqués de la menstruation, comme de bien d'autres fonctions. Mais, ayant rencontré chez plusieurs malades qui n'ont aucun stigmate d'hystérie une aménorrhée un peu spéciale, nous avons cherché à nous en expliquer les causes. Pour arriver à un résultat certain, il est vrai, il faudrait connaître le mécanisme intime de la menstruation, ou plus spécialement de l'écoulement sanguin accompagnant les règles, et qui est le seul phénomène dont nous constatons la disparition. Or, les physiologistes ne sont guère d'accord sur ce point. Les plus nombreux admettent que l'hémorragie qui accompagne l'ovulation est due à la chute simultanée de l'épithélium utérin ; cette mue utérine serait sympathique du développement de l'ovule, qui est aussi d'origine épithéliale. Cette théorie ne rend pas compte des causes intimes du phénomène, ni des relations prétendues entre les épithéliums ovariens et utérins.

D'autres, avec Ch. Rouget, ayant constaté la présence dans les ligaments larges de fibres musculaires lisses, admettent une contraction périodique de ces fibres, entraînant à la fois l'érection de l'ovaire, l'adaptation de la trompe et la congestion artérielle intense par compression des veines ; ainsi s'ex-

pliqueraient la chute de l'œuf, son arrivée dans la trompe, et l'hémorragie par congestion. Mais on peut se demander pourquoi dans certains cas d'absence de règles, l'ovulation se fait quand même et aussi la fécondation; d'ailleurs, nous ne voyons pas la cause de la contraction des fibres musculaires.

Il est certain que l'innervation des vaisseaux joue un rôle dans l'hémorragie menstruelle. Comment expliquer autrement les cas si fréquents de déviation des règles ou d'hémorragies supplémentaires par le nez, les oreilles, les poumons, l'intestin, l'estomac. On pourrait alors admettre la théorie de Pflüger : « l'écoulement menstruel est un réflexe provoqué par l'excitation des extrémités terminales des nerfs du follicule, due à la distension de ce dernier. Cette action réagirait sur les centres nerveux et amènerait par voie réflexe la congestion des organes génitaux. » L'hémorragie serait due à un réflexe, dont l'origine serait la distension périodique du follicule. Cette explication rendrait compte de l'indépendance fréquente des deux phénomènes des règles : ovulation et hémorragie et viendrait à l'appui de la théorie de Beigel. L'ovulation aurait toujours lieu; l'hémorragie pourrait ne pas se produire ou avoir lieu dans un autre endroit. Elle aurait pour cause des phénomènes essentiellement nerveux de vaso-dilatation. Ces phénomènes ne se produiraient pas dans certains états nerveux où les fonctions des centres sont troublées (anémie) ou déviées (psychoses).

Nous admettons très volontiers cette explication : d'abord, elle rend assez bien compte de la périodicité de l'écoulement menstruel, lié à la maturité d'un ovule; elle permet aussi de comprendre les faits indéniables de fécondation sans règles. Enfin, grâce à elle, nous allons pouvoir chercher une explication aux cas d'aménorrhée transitoire que nous avons observés dans l'évolution des psychoses.

Nous possédons cinq observations, que nous avons recueillies dans les formes suivantes : 1° Une mélancolie simple, sine delirio, chez une jeune malade de quinze ans, peut-être dégénérée; 2° une manie aiguë, consécutive à une grippe infectieuse, chez une malade de dix-sept ans; 3° une manie chronique, à sa troisième année d'évolution, chez une malade de vingt-cinq ans; 4° une imbécillité chez une malade de vingt ans, qui avait toujours été bien réglée; 5° une manie

intermittente, chez une malade de vingt-quatre ans, présentant à chaque accès une aménorrhée transitoire.

Remarquons d'abord l'existence de l'aménorrhée dans des formes mentales très différentes ; nous avons trois manies, une mélancolie, une imbécillité. Chez aucune de ces malades, il n'y avait de stigmates d'hystérie ; la première est peut-être dégénérée, la dernière l'est certainement. Nous citerons seulement l'observation de celle-ci, parce qu'elle en était à sa troisième récidive et que, mieux que chez les autres, nous y verrons bien établie la relation psycho-génitale.

Observation. — N. L..,, vingt-quatre ans, domestique, originaire du Tarn-et-Garonne, entre le 16 juin dans un état d'excitation intense. C'est sa troisième séquestration, la première, à dix-neuf ans, a duré trois mois; le deuxième à vingt ans a duré deux mois et demi. Elle est sortie chaque fois guérie. Cette fois-ci, à la suite de la peur d'un orage, trois jours avant, elle s'est mise à délirer violemment; se croyait en feu, précipitée dans l'enfer, voyait le diable; refus de s'alimenter; sitiophobie, insomnies, violences envers son entourage; prédominance d'idées mystiques; besoin de marcher, de parler; hallucinations de la vue et de l'ouïe; voit et entend son père mort depuis quinze ans; menace des personnes imaginaires.

Antécédents héréditaires. — Le père se suicide à cinquante-deux ans, à la suite de chagrins après avoir présenté quelques troubles mentaux. La mère et les six frères ou sœurs sont bien portants.

Antécédents personnels. — Elevée chez des religieuses, instruction assez bonne. A toujours été un peu nerveuse, réagissait vivement à toutes les impressions morales; cet état parait attribuable à l'anémie pour laquelle on l'a toujours traitée. Elle avait parfois des crises très violentes de colère, avec tremblements, mais sans perte de connaissance. — Les premières règles n'ont apparu qu'à seize ans et seulement après les premiers rapports sexuels; elles ont toujours été un peu irrégulières, avec des retards ou des avances; lors de son premier internement elles ont été supprimées pendant quatre mois; après sa sortie, la malade prit de l'armoise, sur les conseils d'une vieille femme. Seconde suppression des règles lors du second internement; elles reparaissent à la sortie, à l'aide de quelques préparations ferrugineuses. Cette fois-ci, elle n'avait pas eu ses règles, le mois de son entrée, elles avaient fort diminué depuis quelques mois. La malade n'a jamais eu de forte hémorragie; elle avait quelques pertes blanches qui ont disparu depuis l'aménorrhée. Jamais d'épistaxis, ni d'autre hémorragie supplémentaire.

Les troubles délirants du jour d'entrée disparaissent rapidement.

Au bout de quinze jours, la malade est très calme, se rappelle son délire, raisonne, travaille. Elle prend un peu d'embonpoint. Les deux mois suivants se passent sans menstruation. Aux époques de ses règles, il n'y a ni douleurs, ni hémorragies supplémentaires, ni signes de rétention; toutes les autres fonctions s'accomplissent bien. Au mois d'août, à l'époque présumée de ses règles, elle prend de l'apiol : 0 gr. 50 par jour pendant trois jours, sans résultat. Le traitement de la maladie mentale a consisté uniquement dans la balnéation journalière prolongée, et l'alimentation artificielle les quinze premiers jours.

Ainsi, voilà une malade qui, ordinairement nerveuse, emportée et anémique, présente, à chaque émotion un peu forte, une crise de manie aiguë franche. Le suicide du père après quelques troubles mentaux, il y a quinze ans, en fait une dégénérée; il n'y a pas de crises, ni d'autres stigmates d'hystérie. Nous sommes en présence d'une manie intermittente chez une dégénérée. A chacun de ses trois internements, la malade a rapidement recouvré ses fonctions psychiques; elle semble normale dans les intervalles. La forme mentale ainsi établie en dehors de la névrose hystérique, il reste à nous expliquer la suppression des règles survenant à chaque accès de manie. Cette suppression peut être attribuée à trois causes : l'état d'anémie; la congestion cérébrale; les troubles de l'innervation génitale.

La malade a toujours été considérée comme anémique; elle a longtemps avalé du fer, du jus de viande, du sang, tout ce qui, dans son milieu, passe pour accroître le nombre des globules. A vrai dire, aujourd'hui, elle ne présente pas de signes d'anémie. Elle a le teint et les muqueuses colorés, n'a pas de palpitations ni d'essoufflement, ni d'œdèmes; les règles ont été supprimées brusquement et leur suppression chaque fois coïncide avec la crise maniaque. De plus, une anémique qui n'a pas ses règles, éprouve en général à leur époque quelques symptômes douloureux se rapportant à l'appareil de l'ovulation. Chez notre malade, il n'y a rien; les époques se succèdent sans modification.

Nous ne croyons donc pas à l'influence d'un état d'anémie hypothétique. Peut-on attribuer l'aménorrhée à la dérivation sanguine provenant de la congestion cérébrale maniaque ? Il y aurait anémie partielle des organes génitaux au profit des centres nerveux; la congestion utéro-ovarienne n'aurait pas lieu. Mais, outre qu'il est difficile

membre supérieur déterminent de vives douleurs sauf au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et du poignet.

Au membre inférieur, l'œdème remonte jusqu'au genou où apparaît un début de contracture en flexion. Mêmes douleurs articulaires sauf au niveau du cou-de-pied.

6 *janvier* 1899. — Contracture en flexion du membre supérieur et du membre inférieur gauche. Douleurs spontanées très vives, surtout au niveau des petites articulations du pied. Disparition de la rotation conjuguée de la tête et des yeux.

12. — Les douleurs s'étendent au côté droit. Pas de modifications dans les troubles de sensibilité.

19. — En recherchant de nouveau l'état de la sensibilité chez la malade, on constate que le pincement, la piqûre, l'impression du chaud et du froid sont ressentis plus vivement du côté hémiplégié que du côté sain, quel que soit du reste le segment de membre examiné. Cet examen fait à plusieurs reprises a constamment donné les mêmes résultats que l'on peut considérer comme exacts, dans l'état intellectuel de cette malade. Les douleurs spontanées sous la plante et sur le dos du pied gauche sont de plus en plus vives ; des contractures sont nettement établies et l'on note pour la première fois l'existence de la trépidation épileptoïde.

20. — Les résultats fournis par l'examen de la sensibilité sont des plus contradictoires, quelles que soient les précautions prises. La piqûre fait éprouver à la malade une sensation douloureuse ; quelques secondes après, l'anesthésie à la piqûre est absolue toujours au même point. Le froid, la chaleur, le contact sont alternativement perçus ou non perçus sans qu'il soit possible d'établir des conditions précises modifiant la perception des impressions douloureuses ou non.

Ce qui domine chez cette malade, c'est la variabllité de la perception tantôt vive, tantôt nulle et à quelques secondes d'intervalle, parfois même, elle rapporte au membre inférieur droit les sensations qui ont pour origine une excitation périphérique portée sur le membre inférieur gauche.

Cette malade vécut ainsi jusqu'au 19 février 1899. Depuis le dernier examen, les troubles de la sensibilité ne se sont pas modifiés. Du côté non paralysé, rien d'anormal ; du côté hémiplégié nous constatons dans les mêmes régions tantôt de l'hyperesthésie, tantôt de l'anesthésie à la piqûre ; depuis un mois environ la sensibilité à la chaleur et au froid était redevenue normale.

Autopsie. — L'écorce de l'*hémisphère droit* paraît intacte. On ne remarque pas de vascularisation exagérée à la surface et aucun

point n'est atteint de ramollissement. Il s'agit donc d'une lésion centrale et c'est pour la mettre en évidence que nous avons fait la coupe de Flechsig. Notre couteau a sectionné horizontalement l'hémisphère de dedans en dehors, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la couche optique. C'est la surface de section du fragment supérieur que nous représentons ici. Nous avons d'abord décalqué la lésion sur un papier transparent, le cerveau préalablement durci dans le formol et nous l'avons rapportée sur le schéma ci-joint.

Les lésions sont les suivantes : *Hémorragie cérébrale* ayant détruit le tiers postérieur du noyau lenticulaire et de la couche optique et les deux tiers postérieurs de l'avant-mur : le segment rétro-lenticulaire et le tiers postérieur du segment lenticulo-optique de la capsule interne (*fig.* 5, A). Ne trouvant point dans ces lésions une raison suffisante de l'hémiplégie qu'avait présentée notre malade, nous avons suivi le foyer hémorragique qui s'enfonçait dans le centre ovale, vers l'écorce cérébrale, au niveau de la zone rolandique, en contournant le noyau caudé en dehors. Pour nous rendre compte de l'extension de l'hémorragie de ce côté, nous avons fait des coupes de Pitres sur la frontale et la pariétale ascendantes. Elles nous permettent de constater la destruction, immédiatement au-dessus des noyaux centraux, au niveau du pied de la couronne rayonnante de Reil, des fibres unissant la capsule interne à la zone rolandique.

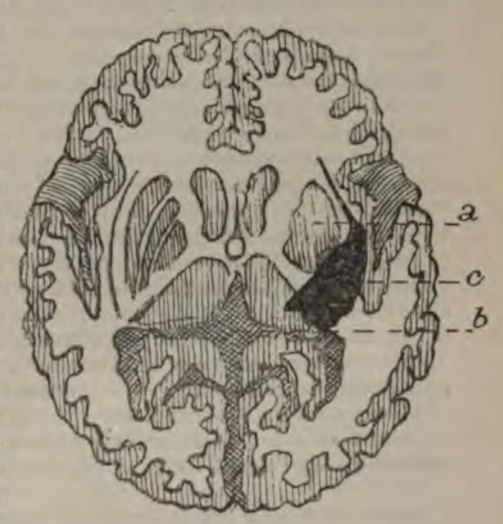


Fig. 5.
a, substance grise; *b*, ventricules; *c*, lésions.

En résumé, il s'agit d'une *hémorragie cérébrale* ayant détruit : 1° Au niveau du centre ovale : le pied de la couronne rayonnante de Reil; 2° Au niveau des noyaux centraux : le quart postérieur du noyau lenticulaire et de la couche optique, les deux tiers postérieurs de l'avant-mur

I. *Antécédents héréditaires et personnels* [1]. — Les renseignements nous font malheureusement défaut aussi bien sur les *antécédents héréditaires* que *personnels* de notre malade ; c'est ainsi que nous ne savons rien de son genre de vie, de ses habitudes, de ses instincts, tous détails qui auraient eu cependant dans l'espèce une réelle importance. La malade a été conduite à l'asile par sa nièce et un voisin ; aucun membre de la famille n'est venu assister à l'enterrement.

II. *Etat physique.* — M... est de petite taille (1 m. 50), de constitution suffisamment robuste. Ce qui frappe au premier abord dans sa physionomie, c'est la présence d'une barbe épaisse, d'un noir foncé, qui lui donne un air rude et absolument masculin. Les cheveux sont également noirs, longs et touffus. Le crâne est aplati sur les côtés, rétréci par suite dans le sens transversal, tandis qu'il est un peu allongé dans le sens antéro-postérieur (dolichocéphalie). Le front est assez haut mais étroit ; arcades sourcilières saillantes ; sourcils noirs et fournis. La glabelle est très accusée et détermine un sillon cutané assez profond au niveau de la racine du nez. Celui-ci n'offre rien de particulier, non plus que les oreilles, qui sont de dimensions moyennes, assez bien ourlées, à lobule non adhérent. Les lèvres sont épaisses ; la bouche un peu grande ; la voûte palatine est ogivale, la dentition en mauvais état ; beaucoup de dents manquent, cependant les incisives inférieures gauches existent encore, elles sont petites et étroites, comme il est de règle dans le sexe féminin. Ajoutons que la peau du visage est ratatinée, creusée de rides nombreuses et profondes ; le regard terne, la physionomie dans son ensemble peu expressive.

Le *cou* est gros et court (35 centimètres de circonférence) ; le larynx mesure environ 8 centimètres de hauteur ; la saillie du cartilage thyroïde (pomme d'Adam) est très prononcée. La voix de la malade est absolument masculine.

Le *thorax* est peu développé ; sa largeur, d'un acromion à l'autre, est de 35 centimètres. La circonférence sous les aisselles est de 85 centimètres. La hauteur approximative de la cage thoracique, mesurée verticalement du milieu de la clavicule au rebord costal est de 32 centimètres. En arrière, la distance de la crête de l'omoplate aux fausses-côtes est de 35 centimètres. La poitrine de la malade est bombée en avant ; on y constate la présence de deux *mamelles* volumineuses, avec aréole brunâtre et bien développée ; les mamelons sont très allongés. A la palpation, on sent de nombreux globules glandulaires ; cependant le réseau veineux mammaire est peu apparent ; pas de tubercules de Mont-

[1] L'observation de cette malade, due à M. Margouliès, interne du service, a été relatée dans le Rap. méd. de l'Asile de la Charité (1895).

gomery. La peau du thorax, comme aussi celle de l'abdomen, est remarquable par sa blancheur et sa finesse ; elle est absolument glabre ; on ne trouve guère de poils que sous les aisselles.

Pas de déformation thoracique. A l'auscultation, signes d'emphysème pulmonaire. Le cœur est un peu gros, sans lésion valvulaire. — Ombilic normal ; les fesses sont plates ; pas d'ensellure lombaire ; pas de saillie bien marquée des hanches. La circonférence au niveau des crêtes iliaques est de 86 centimètres.

Les *membres* sont grêles, les muscles peu développés. Le bras, à sa partie moyenne, mesure 21 centimètre à droite et 21 à gauche. La main est petite, les doigts sont fins et allongés en fuseau ; pas de callosité de la face palmaire. La main droite mesure 18 centimètres de longueur, la gauche 16. — Les fémurs ne présentent pas l'incurvation ordinaire dans le sexe féminin ; les cuisses mesurent, à leur partie moyenne, 36 centimètres ; la circonférence au niveau des genoux est de 29 centimètres 1/2. La longueur des cuisses, de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la rotule, est de 41 centimètres ; celle des jambes, de la rotule à la malléole externe, de 34 centimètres et demi. Ces dimensions sont les mêmes à droite et à gauche. Le pied est petit, bien cambré. La peau des membres rappelle de tous points celle du tronc ; comme celle-ci, elle est blanche, fine, et dépourvue de poils, si ce n'est quelques-uns à la partie antéro-externe des cuisses. La couche adipeuse sous-cutanée est relativement épaisse.

Organes génitaux : Au niveau de la symphyse pubienne, le système pileux est très développé. Les poils sont longs, roides, d'un noir foncé ; ils sont disposés en triangle, mais ce triangle est mal délimité et l'on voit quelques poils aberrants de chaque côté dans le pli abdomino-crural. Les poils se retrouvent au périnée, jusqu'en arrière de l'orifice anal, qui est lui-même entouré d'une touffe abondante.

Sur la ligne médiane, au-dessous du pubis, se voit un petit organe qu'il est aisé de reconnaître pour une *verge* rudimentaire ; elle mesure 6 centimètres de longueur de l'extrémité à la racine des corps caverneux ; elle se termine par un petit *gland* avec rebord cutané ou *couronne* bien net et caractéristique. Ce gland a 2 centimètres de longueur sur 1 c. 1/2 environ de large, ce qui ne laisse que 4 centimètres pour la verge proprement dite ; encore celle-ci ne fait-elle guère saillie que sur une longueur de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, la racine des corps caverneux étant dissimulée sous le tissu adipeux de la région symphysienne. Le gland est imperforé ; cependant au point où devrait être normalement le méat, on voit un petit cercle bleuâtre de 1 millimètre environ de diamètre.

La peau recouvre la face supérieure et les faces latérales de la verge, mais la face inférieure est à nu ; la peau forme donc une

sorte de pont, et va ensuite se confondre avec celle des régions latérales. La verge ainsi recouverte d'un prépuce incomplet ressemble assez à un clitoris coiffé de son capuchon; les deux petits replis cutanés qui en se réunissant sur la ligne médiane forment ce capuchon représenteraient les *petites lèvres*. — Le prépuce descend sur le gland, mais celui-ci peut être facilement découvert.

De chaque côté, deux larges replis cutanés, couverts de poils, simulant grossièrement deux *grandes lèvres*, mais ils ne sont pas réunis *en avant*, où ils laissent à découvert les petites lèvres, non plus qu'*en arrière*, de sorte qu'ils restent accolés et pendants entre les cuisses. Ils offrent chacun une saillie très apparente sur laquelle nous reviendrons.

Si on écarte ces deux replis on découvre sur la ligne médiane, au-dessous ou plutôt en arrière de la verge, une petite surface rectangulaire, allongée dans le sens antéro-postérieur, où la peau est recouverte d'une mince membrane rosée, présentant quelques stries longitudinales. Cette surface a 3 centimètres de long sur 1 centimètre environ de large. Elle aboutit en arrière à une ouverture linéaire par laquelle il est facile d'engager une sonde. Cette sonde pénètre alors dans un canal et donne bientôt issue à de l'urine; ce canal est donc l'urèthre, et l'orifice est le méat. Mais ce méat est large, dilatable et n'offre aucunement l'apparence d'un méat normal. Dès qu'on y introduit la sonde, il prend l'aspect d'un triangle dont le sommet serait en avant. La base postérieure est formée par une bride cutanée, de coloration rosée. — Cette bride cutanéo-muqueuse est tout ce qui existe de la paroi inférieure de l'urèthre pénien ; la paroi supérieure est représentée par cette petite surface rectangulaire, recouverte d'une mince membrane, que nous avons décrite en avant de l'urèthre ; le méat n'existe pas, et est remplacé par l'orifice anormal où s'engage la sonde.

Pour compléter l'examen extérieur de la région, disons que sur les *côtés*, on trouve dans les replis cutanés simulant les grandes lèvres, deux corps ovoïdes, mesurant, celui de droite 6 centimètres de longueur sur 2 centimètres 1/2 d'épaisseur, celui de gauche 6 centimètres 1/2 sur 3, et surmontés d'un corps allongé qui leur est intimement uni et se continue avec un cordon s'engageant dans le canal inguinal. Il s'agit donc de testicules avec épididyme et canal déférent. Le testicule gauche descend un peu plus bas que le droit; de plus, on trouve au-dessous de lui, et faisant corps avec lui, une masse arrondie, de la grosseur d'une petite noix, lisse, rénitente, qui fait songer à une tumeur liquide de petit volume. — L'anus est large et ouvert, facilement dilatable, en infundibulum : il est entouré de quelques petits nodules hémorrhoïdaires. Le toucher rectal permet de sentir une prostate de faibles dimensions.

III. *Fonctions.* — L'état général de notre malade à son entrée est très satisfaisant; elle est calme, mange et dort bien. — La sensibilité générale est un peu émoussée ; les mouvements s'accomplissent avec assez de souplesse ; les réflexes sont normaux. — Pas de troubles sensoriels. — Démarche un peu lourde. La miction s'accomplit à croupetons; la conformation de la région périnéale fait suffisamment comprendre qu'il n'en saurait être autrement. — Au point de vue de l'*érection* et de la *copulation*, nous ne savons absolument rien, les renseignements font absolument défaut sur les instincts et les tendances sexuelles du sujet.

IV. *Etat psychique.* — Le vocabulaire de M... est très borné ; elle répond le plus souvent aux questions simplement par oui ou par non, toujours en accompagnant ses réponses d'un sourire niais. Elle ne répond même pas constamment, et il est à supposer qu'elle ne comprend pas la plupart des questions qui lui sont adressées. Elle reconnaît les personnes qui l'entourent, mais est absolument incapable de fournir aucun renseignement sur sa vie antérieure. Son attention est peu soutenue, sa mémoire très faible. Depuis sa naissance, elle n'a jamais, paraît-il, présenté une lueur d'intelligence; elle n'a été susceptible d'aucune éducation ni instruction. Elle est signalée comme très irascible; elle se fâche pour les motifs les plus futiles et se montre alors prête à frapper avec tout ce qu'elle trouve sous sa main. C'est ainsi qu'avant son internement elle s'est livrée à des voies de fait sur un garde-champêtre qui lui faisait des observations parce qu'elle faisait aller les oies qu'elle était chargée de garder, sur les terres des voisins. Ceux-ci eurent plusieurs fois à se plaindre de ses fureurs.

Le 24 janvier 1899, M... se plaint à la visite du matin de souffrir de tout le corps, d'une façon d'ailleurs vague et sans pouvoir donner, même par geste, une indication sérieuse. L'état général est relativement satisfaisant ; rien au cœur ni aux poumons, si ce n'est quelques signes d'emphysème. La malade meurt subitement le lendemain, à 7 heures du matin.

V. *Autopsie* [1]. — Amaigrissement considérable ; la couche adipeuse sous-cutanée est moins développée qu'à l'entrée de M... à l'asile; cependant la peau du tronc et des membres a gardé sa blancheur et sa finesse et contraste étrangement avec la peau du visage, ridée et flétrie, couverte d'une barbe noire et hirsute. Les seins sont devenus flasques et pendants; les lobules glandulaires ne sont plus sensibles au palper; la glande apparaît à la coupe très atrophiée.

Tête : Les os du crâne sont peu épais. Pas d'adhérences des

[1] L'autopsie a été faite vingt-six heures *post mortem*.

méninges; peu de liquide céphalo-rachidien. — Le poids de l'encéphale est de 1.155 grammes, se décomposant ainsi :

Cervelet, isthme et bulbe.	170 gr.
Hémisphère droit (non dépouillé de ses méninges). .	480 —
Hémisphère gauche	505 —

Le *cervelet* n'offre rien de particulier. — Les *artères* de la base du cerveau sont très athéromateuses; le tronc basilaire et les sylviennes entre autres sont transformés en cordons calcaires. Les *circonvolutions* des lobes frontaux sont petites, notablement atrophiées. — Aux coupes de Pitres, on découvre, au sein de l'hémisphère gauche, un petit *foyer hémorragique* récent, au niveau de la capsule externe et de la partie voisine du noyau lenticulaire (segment externe). C'est probablement l'artère de la capsule qui par sa rupture a causé l'hémorragie; on sait que la capsule externe était pour Charcot le siège le plus fréquent des hémorragies cérébrales. — Rien à l'hémisphère droit.

Thorax : Pas d'adhérences ni d'épanchement pleural. Emphysème pulmonaire, mais peu développé; hypérémie et œdème de la base des deux *poumons*. Le droit pèse 430 grammes, le gauche 450 grammes. Au niveau du lobe moyen du poumon droit, on sent au palper une zone d'induration; à la coupe, cette portion du poumon a une coloration grisâtre ou légèrement jaunâtre, et apparaît formée de petits nodules indurés. Il s'agit sans doute d'un noyau de *pneumonie chronique* non tuberculeuse, n'ayant donné que peu d'accidents durant la vie. — Le *cœur* pèse 340 grammes; il y a hypertrophie concentrique du ventricule gauche. Pas de lésions valvulaires, pas d'athérome de la crosse aortique ni des artères coronaires ou des valvules sigmoïdes. — Peu de liquide dans le péricarde; il ne dépasse pas la quantité normale.

Abdomen : Le *foie* pèse 1.530 grammes; il présente à sa surface de gros sillons longitudinaux dans le sens vertical qui tendent à le segmenter en lobules secondaires. Il est normal à la coupe. — La *rate* est un peu congestionnée. — Le *rein droit* pèse 140 grammes. Le gauche également. A la palpation, on sent des portions indurées; au niveau de celles-ci, la substance corticale est un peu épaissie. L'absence d'examen microscopique ne permet pas d'affirmer l'existence d'un certain degré de néphrite chronique. — La capsule se détache d'ailleurs sans difficulté; la striation des deux substances est partout très nette. — Péritoine normal; pas d'ascite.

Organes génitaux : On trouve la vessie immédiatement derrière le pubis; pas trace d'ovaire ou d'utérus. Organes génitaux internes mâles; prostate un peu petite.

L'*urèthre* présente, pour sa portion prostatique 3 centimètres de longueur; le bulbe est bien développé, et la portion bulbeuse de

l'urèthre est de 3 centimètres. La portion spongieuse n'existe guère que sur 2 centimètres 1/2 d'étendue ; c'est la longueur de la bride cutanéo-muqueuse qui limite en arrière l'orifice uréthral. Autrement dit, tandis que la paroi supérieure de cette portion spongieuse mesure 4 à 5 centimètres, la paroi inférieure n'en a que deux et demi, ce qui donne 8 centimètres 1/2 environ de longueur réelle, et 11 centimètres 1/2 de longueur apparente jusqu'au niveau de l'angle pénien. Ajoutons enfin que l'ouverture uréthrale est à 4 centimètres en avant de l'anus.

Les *canaux déférents*, les *épididymes* sont normaux. Les *testicules* sont bien développés ; ils offrent sur la coupe leur aspect ordinaire, avec substance fondamentale gris jaunâtre, adhérente à l'albuginée. Les hydatides pédiculées sont très apparentes, et à long pédicule. La petite tumeur que nous avons signalée à gauche, au-dessous du testicule, est intimement soudée à cet organe, accolée à sa face inférieure. Cette tumeur est un petit kyste biloculaire ; une des poches, la plus grande, ayant à peu près les dimensions d'une noisette, contient un liquide clair et transparent ; l'autre, un peu plus petite, est pleine d'un liquide blanchâtre, lactescent. — Le *testicule gauche* pèse 22 grammes, le *droit* 26.

La section de la *verge* montre la présence de deux corps caverneux imparfaitement développés. Au niveau du gland, la coupe transversale révèle l'existence d'un petit cul-de-sac non ouvert à l'extérieur ; c'est ce cul-de-sac de 1 centimètre de long, sur 1 millimètre environ de diamètre, qu'on aperçoit par transparence et qui donne à la peau, au point où devrait se trouver normalement le méat, une coloration bleuâtre, au moins sur le cadavre. Un petit pont cutané ferme donc en avant ce petit cul-de-sac.

Bassin : Ajoutons, pour terminer cette description, que le bassin est bien conformé ; il est peu élargi transversalement, ce qui explique que les hanches soient peu saillantes. Les deux moitiés semblent absolument symétriques. Les principales dimensions sont les suivantes :

D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre : 25 centim. De l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine pubienne : 14 centim. Du promontoire au pubis : 10 centim. Du promontoire à la pointe du coccyx (en flèche) : 12 centim. Du promontoire à chacune des tubérosités ischiatiques : 16 centim. Hauteur du bassin (du point le plus élevé des crêtes iliaques au plan horizontal passant par les tubérosités sciatiques) : 19 centim.

VI. Réflexions. — 1° Il est regrettable qu'il n'ait pu nous être fourni par la famille aucun renseignement sur les *antécédents* de la malade. C'est malheureusement ce qui arrive souvent dans nos asiles d'aliénés, malgré le soin que l'on prend, en particulier à la Charité, de prier les médecins

signataires du certificat d'admission, de remplir eux-mêmes la feuille de renseignements. Il est surprenant que le docteur qui a examiné M... au dehors, et qui avait reconnu l'hypospadias, n'ait pas cru devoir fixer davantage son attention sur ce point particulier ;

2° La partie surtout intéressante de l'*examen physique* de M..., c'est évidemment l'état de l'appareil génital. Il s'agit manifestement d'un cas d'*hypospadias* très accentué (hypospadias périnéal de Bouisson, périnéo-scrotal de Duplay). On sait que Bouisson admet quatre variétés d'hypospadias : *balanique*, *pénien*, *scrotal* et *périnéal*, selon que l'ouverture hypospadienne siège sur le gland, sur la verge, à l'angle du pénis et du scrotum, ou au périnée. Duplay accepte cette subdivision, mais appelle les deux dernières variétés : péno-scrotale et périnéo-scrotale. Quoi qu'il en soit, c'est à la catégorie périnéale qu'appartient notre sujet, puisque l'orifice uréthral est situé chez lui à 3 centimètres en arrière de l'angle péno-scrotal. Dugès (Ephémérides de Montpellier, 1827) désigne cette variété sous le nom d'hypospadias *vulviforme*, à cause de l'aspect plus ou moins comparable à une vulve, que présente le scrotum divisé sur la ligne médiane. Dans notre cas, cette apparence est assez grossière; les deux moitiés du scrotum ne sont pas réunies en arrière, et la saillie des testicules dans chacune des deux poches attire tout de suite l'attention; Sans doute on pourrait songer à des ovaires en ectopie; mais, outre la rareté du fait, la palpation dissipe vite toute hésitation, puisqu'on sent facilement l'épididyme et le cordon en continuité directe avec l'organe.

Cet hypospadias a entraîné un *arrêt de développement* de tout l'appareil génito-urinaire externe. Tandis que toute la portion profonde de l'urèthre (urèthre postérieur) est bien développé, comme l'a montré l'autopsie, il ne s'est formé, de la portion spongieuse, que la paroi supérieure; il manque presque toute la paroi inférieure, qui est réduite à un mince lambeau cutanéo-muqueux de 2 centimètres et demi, environ de longueur d'avant en arrière. L'enveloppe des bourses ou scrotum est restée bifide; ses deux moitiés, contenant chacune un testicule de dimensions normales, sont représentées par les deux replis cutanés que nous avons décrits, et qui ne rappellent vraiment que de très loin des grandes lèvres. Le raphé médian n'existe pas; dans beaucoup de cas cependant,

il est signalé comme représenté par une bride médiane placée sous la verge et s'étendant plus ou moins loin sur le périnée; cette bride incurve alors la verge en bas. Rien de semblable n'existe chez notre sujet; mais la verge est très petite, très atrophiée; le glund, les corps caverneux sont rudimentaires, et le méat n'est pas formé. Aucune trace d'orifice vaginal.

Comment s'expliquer l'erreur de sexe qui a été commise à la naissance? M..., en effet, est inscrite comme fille sur les registres de l'état civil, et c'est comme femme également qu'elle a été placée à l'asile. Cependant nous avons vu que l'examen attentif des organes génitaux externes suffit pour éviter l'erreur, du moins actuellement. En était-il de même à la naissance ? Il est difficile de se prononcer; il semble peu probable cependant que l'accouchement ait été fait par un médecin. Toutefois, il faut tenir compte de la possibilité d'une descente tardive des testicules : « Il n'y a personne, dit Debierre, qui n'ait entendu parler de filles devenant subitement garçons au moment où elles franchissaient un fossé ou faisaient un effort violent. » C'est généralement à l'âge de la puberté que se fait cette descente tardive des testicules, néanmoins, elle a pu se faire à un âge plus avancé, et Landouzy (de Reims) rapporte le cas de Marie Goulich, considérée comme fille à sa naissance, et chez qui la descente des testicules eut lieu à trente-trois ans.

Peut-on ranger M..., qui fait l'objet de notre observation, dans la catégorie des *hermaphrodites?* L'hermaphrodisme, pour Geoffroy Saint-Hilaire, est la réunion, apparente ou réelle, complète ou incomplète, des deux sexes sur le même individu. L'hypospadias donne souvent lieu à des hermaphrodismes; mais il ne suffit pas à lui seul à en constituer une variété. Pour qu'il y ait hermaphrodisme, il faut que l'hypospadias se complique (Klebs) de modifications dans l'habitus général du corps telles que le type sexuel s'en trouve altéré d'une façon notable. Or le mélange de ce qu'on appelle les *caractères sexuels secondaires*, qui sont tous ceux non tirés de l'état des parties génitales, est très complexe, et il n'y a pas à compter sur eux pour classer le sujet dans l'un ou l'autre sexe. C'est la glande génitale seule, ovaire ou testicule, qui détermine le sexe; l'*hermaphrodisme vrai*, c'est-à-dire la réunion sur un même être de testicule et d'ovaire, n'est pas admise par tous les auteurs pour l'espèce humaine.

S. Pozzi le nie formellement; tandis qu'Herrmann, Debierre, E. Laurent, et la plupart des auteurs avec eux l'acceptent. On s'explique peut-être ces divergences d'opinion, si on se reporte aux premières phases du développement embryogénique; il existe une période où ovaires ou testicules ne sont pas encore nettement différenciés, et on a relaté des autopsies d'hermaphrodites chez qui les glandes génitales en étaient restées, au moins l'une, à ce stade de l'évolution.

M... a, malgré les apparences, les organes génitaux externes d'un homme; les testicules sont même faciles à reconnaître. De plus, l'autopsie ne nous a montré aucun vestige d'organe sexuel féminin. Il n'y a donc pas le moindre doute sur la sexualité; et cependant il serait impossible, par l'habitus général du corps, d'affirmer le sexe. Le sujet était mâle par la barbe, la voix, le larynx, par le bassin; il était femme par la chevelure, la peau du tronc et des membres, la finesse des dents, la gracilité des os, la forme du thorax, et surtout par le développement des seins.

Nous plaçons ci-contre une photographie de M... due à M. Rigal, interne du service, destinée à montrer l'aspect du visage et des organes génitaux externes.

Nous pouvons donc ranger M... dans les *pseudo-hermaphrodites* masculins, puisque l'hypospadias se complique chez lui de modifications de l'habitus extérieur du corps, pouvant jusqu'à un certain point induire en erreur pour la détermination du sexe. Ces caractères féminins que nous trouvons chez M... sont eux-mêmes dus à un arrêt de développement, au moins d'après la théorie généralement admise. Faut-il regarder le développement imparfait du tronc et des membres comme la conséquence directe de l'hypospadias, ou bien l'un et l'autre relèvent-ils d'une même cause efficiente ayant simultanément produit un double arrêt de développement? Cette dernière interprétation semble au premier abord peu vraisemblable; on connait en effet les modifications curieuses qui surviennent dans l'organisme à la suite de l'atrophie des organes génitaux. « On sait, dit Debierre, que, chez les mâles privés de leurs testicules par la castration, les caractères masculins ou bien ne se développent pas, ou bien s'éteignent, de sorte qu'ils ne s'éloignent pas ou bien se rapprochent du type femelle. Les chapons n'acquièrent ni le plumage ni le chant du coq; le cheval hongre perd sa vivacité et l'ar-

deur qui en fait à la fois la beauté et le danger; l'eunuque des harems, comme jadis les chantres de la Chapelle Sixtine, n'acquiert ni la corpulence ni la voix propre à son sexe. — Mais ce qu'il y a de plus curieux et de plus surprenant, c'est que, par ces phénomènes inverses on voit des femelles prendre, après l'ablation des ovaires, des caractères qui n'ap-



Fig. 7.

partiennent qu'aux mâles : la vieille poule qui a passé l'âge des amours prend un plumage brillant, des ergots acérés et jusqu'aux instincts bruyants et belliqueux du coq. » Chez la femme, après la ménopause, il n'est pas rare de voir apparaître une barbe plus ou moins épaisse, en même temps que la voix prend un timbre absolument masculin.

Il est donc probable que la présence de caractères féminins chez un hypospade, chez notre sujet en particulier, n'est pas le fait d'une coïncidence fortuite, mais que l'hypospa-

dias est la cause même de l'apparition des signes féminins. L'hypospadias étant créé, a entraîné un arrêt dans le développement de l'habitus général.

3° La *miction* s'accomplissait chez M... dans la station accroupie, comme chez la femme; le sujet d'ailleurs s'était toujours considéré comme femme. Nous n'avons aucun renseignement sur la possibilité chez lui d'*érection* et de *copulation :* l'atrophie de la verge et des corps caverneux devait rendre à peu près impossible, en tout cas très imparfaite, l'érection. Nous en dirons autant de la copulation : quant à la *fécondation,* elle est considérée généralement comme incompatible avec ce degré d'hypospadias ; il y a lieu de remarquer à ce sujet le développement des testicules, qui ont tous deux le poids et le volume normal. La prostate, par contre, est un peu petite.

4° L'*autopsie* a nettement révélé les causes de la mort, qui ne peut être attribuée qu'à l'hémorragie cérébrale de l'hémisphère gauche. La pneumonie chronique, qui n'a jamais donné lieu à des symptômes alarmants, a pu cependant débiliter le sujet et précipiter le dénouement.

A noter le poids de l'encéphale, sensiblement inférieur à celui de la moyenne, surtout dans le sexe masculin ; l'atrophie des circonvolutions frontales, l'athérome qui a été la cause prédisposante de l'hémorragie du cerveau. Le cœur est gros, ce qui peut s'expliquer par une lésion rénale possible ou par la présence même des lésions athéromateuses.

Il est difficile de se prononcer, en l'absence d'examen microscopique, sur la nature du petit kyste biloculaire attenant au testicule gauche. Il est probable que ce kyste était congénital, et s'était formé aux dépens d'un diverticulum de la queue de l'épididyme; peut-être l'une des deux poches, dont le contenu est blanchâtre, d'aspect laiteux, contenait-elle des spermatozoïdes dissous.

5° En ce qui concerne l'*état psychique* de notre malade, il est permis de se demander s'il existe une relation de cause à effet entre l'idiotie congénitale du sujet et l'hypospadias. La question est anologue à celle que nous avons discutée à propos de l'état physique; mais ici le problème est singulièrement plus ardu.

L'idiotie congénitale est une lésion d'évolution, un arrêt de développement de l'organisation psychique, comme l'hy-

pospadias est un arrêt du développement physique. Il existe donc entre ces deux lésions une parité incontestable d'origine. Chez M..., l'idiotie semble tenir principalement à une dysgénésie fonctionnelle; l'atrophie des circonvolutions, la malformation crânienne, ne sont pas tellement accusées qu'elles ne puissent se rencontrer chez un individu de mentalité plus élevée. Nous ne trouvons point chez M... quelqu'une de ces grosses lésions comme en décrit M. Bourneville : porencéphalie vraie ou fausse, hydrocéphalie, microcéphalie, plagiocéphalie, etc. Il est vrai qu'il faut tenir compte des lésions histologiques probables; néanmoins on peut dire que l'arrêt de développement de la masse encéphalique n'est pas des plus accentuée. Au contraire, nous avons vu que le degré de l'hypospadias était des plus avancés. Dès lors on doit admettre que le cerveau a poursuivi son développement alors que depuis longtemps celui de l'appareil génito-urinaire externe était arrêté. C'est environ à la quinzième semaine de la vie intra-utérine que se produit l'hypospadias vulviforme; le cerveau de M... s'est certainement développé bien au delà de cette limite, mais la question est de savoir si l'hypospadias une fois créé n'a pas pu nuire dans une certaine mesure, par une espèce de sympathie encore inconnue, au développement normal du cerveau, comme il a nui au développement régulier de l'habitus général du corps. L'hypospadias serait alors la cause provocatrice de l'idiotie. Il est évident que cette relation causale est bien difficile à démontrer; mais il ne répugne pas à l'esprit d'en admettre la possibilité.

On accorde plus généralement que l'idiotie et l'hermaphrodisme sont les deux effets d'une même cause, la *dégénérescence héréditaire*. L'hermaphrodisme à tous ses degrés n'a que la valeur d'un stigmate physique de dégénérescence, au même titre que la profondeur de la voûte palatine que nous avons notée également chez M.... L'idiotie n'est que le degré le plus avancé de la dégénérescence psychique : d'où la relation que cette théorie établit entre les deux lésions. Il est alors nécessaire d'admettre que la coïncidence n'est pas fortuite, et que les hermaphrodites sont des débiles au point de vue mental. C'est ce que dit en effet E. Laurent : « Au point de vue intellectuel, les hermaphrodites sont presque toujours des êtres inférieurs. A la dégénérescence physique correspond bien souvent la dégénérescence psychique. »

Le Dr Pierre Loüet (thèse de Bordeaux, 1889) a observé plusieurs individus atteints de mono ou de cryptorchidie, une des lésions les plus fréquemment causes d'hermaphrodisme, qui étaient des imbéciles ou des débiles; il a vu en particulier un hypospade scrotal qui était manifestement un déséquilibré. Magnan a signalé à la Société médico-psychologique deux cas d'individus, hermaphrodites simples, et qui, au point de vue intellectuel, étaient des débiles. Moreau (de Tours) a également observé un être âgé de douze ans, réputé fille, garçon en réalité, et atteint de débilité mentale. Christian, Legrand du Saulle avaient déjà mis en relief l'importance des malformations génitales (cryptorchidie, hypospadias) sur le développement des maladies mentales; Raffegeau, dans sa thèse, étudie aussi l'influence étiologique de ces malformations dans la genèse de certaines folies. Il s'agit, il est vrai, dans ces cas, de folies acquises, qui se développent après la puberté, lorsque le malheureux porteur de ces lésions comprend et se préoccupe de la situation sociale qu'elles lui créent; mais on peut admettre qu'il faut néanmoins une certaine prédisposition à la folie, et c'est ce que fait observer Raffegeau, qui conseille aux médecins aliénistes et légistes de considérer les sujets de ce genre comme des dégénérés et de les traiter comme tels.

Ce sont surtout MM. Bourneville et Sollier qui ont étudié la fréquence de la coexistence d'un certain degré de débilité mentale et de malformations de l'appareil génital; or, parmi les « anomalies sexuelles des épileptiques et des idiots », l'hypospadias à ses divers degrés est une des plus fréquentes : il a été trouvé dix-sept fois sur 260 sujets, débiles, idiots ou épileptiques, alors qu'à l'état normal il ne se rencontre guère qu'une fois sur 300 individus (Rennes et Bouisson); encore ce chiffre semble-t-il beaucoup exagéré.

Il est donc manifeste que l'hermaphrodisme, même dans ses formes les plus simples, se complique fréquemment de déchéance intellectuelle. Il est vrai que certains hermaphrodites ont été trouvés intelligents, actifs et laborieux; mais tous seraient déséquilibrés par quelque point : ce seraient des impulsifs, les uns mélancoliques jusqu'au suicide, les autres maniaques. Chez notre sujet, il est remarquable de voir coïncider une idiotie congénitale à peu près complète avec un degré d'hermaphrodisme des moins avancés : il n'y avait

chez lui aucune dépression simulant plus ou moins un vagin rudimentaire.

Nous devons par conséquent conclure qu'idiotie et arrêt de développement des organes génitaux se trouvent fréquemment associés chez le même individu, et relèvent d'une cause unique, la *dégénérescence héréditaire.*

VII. Bibliographie. — Consulter principalement : 1° F. Guyon. *Vices de conformation de l'urèthre chez l'homme* (Thèse d'agrégation, 1865) ; — 2° S. Pozzi. *Traité de gynécologie* (1890) ; — 3° Raffegeau. *Du rôle des anomalies congéniales des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme* (Thèse de Paris, 1884) ; — 4° Bourneville et Sollier. *Anomalies des organes génitaux chez les idiots et les épileptiques* (in *Recherches clin. et thérap. sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, 1888 1898) ; — 5° Sollier. *Physiologie de l'idiot et de l'imbécile* (Paris, 1891) ; — 6° Art. *Idiotie*, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par Chambard ; — 7° Art. *Hermaphrodisme*, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par Hermann ; — 8° Em. Laurent. *Les Bisexués* (*Gynécomastes et Hermaphrodites*) (G. Carré, 1894, Paris) ; — 9° Et surtout le petit ouvrage si instructif de notre savant maître, le Dr Debierre (de Lille) : *l'Hermaphrodisme* (J.-B. Baillière, 1891, Paris).

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XVI. **Une observation de pseudo-tabes**; par le Dr Valin. (*Union médicale du Canada*, n° 5, 1899.)

Communication au *Comité d'Etudes* de l'Université de Montréal, avec présentation du malade guéri. Très fine observation clinique sur un cas diagnostiqué *tabes* par un professeur anglais de neurologie. Le malade vint trouver l'auteur, avec ce diagnostic décourageant et l'affirmation que la médecine ne pouvait rien faire pour lui. Un examen minutieux décelait chez lui sept signes évidents de tabes : 1° signe de Romberg; 2° signe de Wesphal; 3° crises gastriques; 4° douleurs fulgurantes; 5° engourdissement, fourmillements, dérobement des jambes; 6° démarche ataxique; 7° défaillance génitale graduellement progressive. La recherche des commémoratifs permettait de nier toute hérédité nerveuse, et d'éliminer au point de vue personnel toutes les intoxications, la syphilis et les traumatismes. Le bilan des antécédents comprenait seulement : rougeole, variole, rhumatisme inflammatoire, *incontinence d'urine dans l'enfance*, épistaxis dans l'adolescence, existence

très ancienne *d'un point douloureux au creux épigastrique*. Mais le Dr Valin se tenait au courant des travaux de Charcot et de ses élèves, et il pensa de suite à l'existence d'un pseudo-tabes hystérique. Il rassura son client et lui déclara qu'il pensait pouvoir l'améliorer et peut-être le guérir, et puis il le soumit à un traitement électrique par les bains statiques biquotidiens. Dès les premières séances les symptômes tabétiques disparurent; au bout d'un mois de traitement le malade était complètement rétabli. Depuis un an sa guérison se maintient complète.

« Vous savez, messieurs, dit l'auteur, combien nos confrères anglais négligent tout ce qui ne sort pas de leur pays. Pour moi, c'est avec un grain de science que j'ai pu en remontrer à un professeur beaucoup plus savant que moi, et ce grain de science me vient de France ». R. CHARON.

XVII. **Maladies du sympathique**; par B. ROBERT. (*Revista de Medicina y cirugia*, n° 553.)

On ne recherche pas assez en pathologie l'état des fonctions du sympathique; il ne suffit pas de reconnaître l'importance du rôle qu'il joue dans la migraine, l'hémiatrophie faciale, la maladie de Basedow, la pseudo-hypertrophie musculaire, l'asphyxie locale. Pour bien d'autres maladies des perturbations viscérales instables et non rattachables à une lésion des organes intéressés doivent faire porter les recherches vers la chaine ganglionnaire. Combien de phénomènes cutanés, rénaux, hépatiques, oculaires, cérébro-spinaux, etc., simulent des troubles organiques définis des viscères correspondants! Mais ces phénomènes qui disparaissent plus ou moins subitement n'ont d'autre cause qu'une ischémie ou une hyperémie capillaire locale, ou tout autre trouble plus intime encore de l'innervation sympathique. Devant ces perturbations dynamiques, on a trop vite fait de prononcer le mot d'hystérie ou d'hystérisme sans approfondir plus avant. Certains signes pourraient cependant différencier ce qui relève des troubles sympathiques de ce qui appartient à l'hystérie pure. La thérapeutique n'est pas univoque devant ces deux cas. Dans le premier, les agents physiques, les médications analgésiques, vasculaires, bromurées sont actives; inertes dans le second elles cèdent le pas aux moyens suggestifs sans effet dans le premier. F. BOISSIER.

XVIII. **Note sur un cas de zona du nerf trijumeau (branche ophtalmique de Willis et nerf maxillaire supérieur)**; par le Dr VILCOQ. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 1.)

XIX. **Sur un cas de psycho-esthésie**; par E. GUTHRIE. (*Brain*, LXXVII et LXXVIII.)

Il s'agit d'un épileptique de cinquante-deux ans, éprouvant la

sensation d'un courant d'air glacé sur la cuisse pendant les mouvements, toutes les sensibilités étant normales d'ailleurs, sauf une hyperesthésie pour la sensation de froid. L'auteur fait à cette occasion une revue complète des travaux relatifs à ce phénomène et conclut à la syringomyélie ou à quelque lésion obscure de l'écorce comme origine. F. B.

XX. **Un cas de paralysie d'origine saturnine**; par M. Sano. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 5.)

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, qui au septième jour d'une scarlatine, fut atteint d'une paralysie progressive des deux membres supérieurs, précédée de douleurs et accompagnée de troubles de la sensibilité, d'atrophie musculaire et de réaction de dégénérescence. Tous ces accidents rétrocédèrent peu à peu, sans toutefois disparaître complètement. L'auteur incline à penser qu'il a eu affaire dans ce cas à une polynévrite infectieuse du plexus brachial, sans toutefois exclure la possibilité de lésions poliomyélitiques. G. D.

XXI. **Insuffisance nasale hystérique**; par M. Lermoyez. (*Presse médicale*, 25 janvier 1899.)

L'insuffisance nasale affecte habituellement l'un des deux modes suivants : ou bien elle est objective et réelle, et dans ces cas, les sujets qui en sont atteints, présentant une imperméabilité nasale due à une tumeur adénoïde, à une déviation de la cloison ou à toute autre cause, respirent exclusivement par la bouche, souvent sans en avoir conscience ; ou bien elle est subjective ou fausse, le nez étant en réalité perméable, mais le sujet, par une illusion respiratoire ou par interprétation vicieuse inconsciente d'un état anormal de la muqueuse pituitaire, se plaignant d'une dyspnée nasale purement imaginaire. M. Lermoyez en a observé un troisième type, qu'il n'a trouvé décrit nulle part, dans lequel les fosses nasales étaient libres et, cependant, tellement imperméables à l'air que, la bouche seule étant maintenue close, l'asphyxie se produisait par apnée absolue. La jeune fille chez qui il a constaté cette insuffisance nasale, n'avait jamais pu respirer par le nez depuis son enfance, par suite d'une obstruction nasale produite par un vice de conformation des cornets inférieurs. La résection de la tête de ces cornets rétablit la perméabilité des fosses nasales et du pharynx nasal ; mais, deux mois après l'opération, M. Lermoyez constata la persistance de l'impossibilité de respirer par le nez, de renifler et de se moucher. Il pensa d'abord qu'il se trouvait en présence d'une dyspnée nasale imaginaire et que si la malade persistait à tenir la bouche ouverte, c'était par difficulté de se défaire d'une habitude vicieuse datant de l'enfance ; mais l'occlu-

sion de la bouche seule produisant l'apnée complète, il dut rejeter cette hypothèse. Il s'assura aussi que cette impossibilité de respirer par le nez ne tenait pas à un spasme fonctionnel du voile du palais, et, ayant éliminé toutes les causes d'insuffisance nasale, il en arriva à penser qu'il avait affaire à un trouble d'ordre psychique et à soupçonner l'hystérie. Il reconnut alors l'existence latente de cette névrose, attestée par les signes suivants : anesthésie à tous les modes de sensibilité et presque généralisée à toute la surface du corps et des muqueuses, rétrécissement du champ visuel; perte du goût et de l'odorat, disparition de la perception cranienne des sons. La nature hystérique de cette insuffisance nasale a été confirmée par la constatation de ce fait, que, l'apnée consécutive à la fermeture de la bouche, tenait, non à l'occlusion de cette cavité, mais à l'immobilisation du thorax réalisée aussitôt automatiquement par la malade elle-même. L'occlusion simulée, mais incomplète de la bouche, produisait d'ailleurs, comme l'occlusion parfaite, l'apnée absolue ; de plus, la nuit, la malade dormait la bouche close, sans manifester pendant son sommeil le moindre signe d'insuffisance nasale.

Ce fait peut être rangé parmi les aboulies motrices systématisées permanentes; on sait que les aboulies motrices respectent les mouvements physiologiques, respiration, digestion, etc., et frappent surtout les actes volontaires, intentionnels, ou les actes nouveaux ou nouvellement appris, exigeant une synthèse musculaire qui, pour être correctement exécutée, a besoin d'une certaine attention. La malade observée par M. Lermoyez semble déroger à cette règle, mais cette dérogation n'est qu'apparente : le nez de la malade ayant été obstrué réellement pendant une longue période de temps, la respiration nasale constituait en réalité, pour elle, une fonction physiologique nouvelle, dont elle devait apprendre à se servir. A raison de l'hystérie, elle a été incapable de l'effort d'attention et de volonté nécessaires pour réaliser la mise en train de cette nouvelle fonction; elle s'est ainsi conformée à la règle qui veut que la volonté des hystériques se trouve principalement impuissante vis-à-vis des actions musculaires où se rencontre quelque nouveauté des mouvements. A. FENAYROU.

XXII. **L'alcoolisme avant l'alcool**; par M. A. DELPEUCH. (*Presse médicale*, 3 décembre 1898.)

L'alcoolisme n'est pas né d'hier, comme son nom, et les médecins les plus anciens dont nous connaissons les œuvres (Hippocrate, Erasistrate, Rufus Soranus, Galien, Arétée, etc.), ont vu et décrit les divers accidents que l'abus du vin peut provoquer chez l'homme. Parmi ces accidents, M. Delpeuch mentionne spécialement la cirrhose alcoolique. Le fait que cette maladie existait longtemps avant

la découverte de l'alcool paraît à l'auteur un des arguments les plus solides que l'on puisse apporter à l'appui de l'opinion émise par Lancereaux ; à savoir que, de toutes les boissons alcooliques, c'est le vin qui doit être le plus particulièrement incriminé dans la cirrhose alcoolique. A. FENAYROU.

XXIII. **Contribution à l'étude de la névrite ascendante** ; par M. G. MARINESCO. (*Presse médicale*, 23 novembre 1898.)

L'auteur rapporte l'observation d'une femme qui a été atteinte de névrite ascendante du nerf sciatique, produite par une infection streptococcique. L'examen histologique de ce nerf, de ses racines et de la moelle épinière a révélé l'existence des lésions suivantes : Au niveau de la zone d'infection, le nerf présentait : 1° des altérations interstitielles, consistant dans l'infiltration de sa capsule, du tissu conjonctif interfasciculaire et de la gaine lamelleuse des faisceaux nerveux par des streptocopes et des leucocytes ; 2° des altérations vasculaires (envahissement de la gaine externe des artérioles et des veines par les mêmes éléments) ; 3° des altérations parenchymateuses (tous les degrés de dégénérescence de la fibre nerveuse, depuis la tuméfaction légère du cylindre-axe jusqu'à la fragmentation et l'atrophie de ce filament). Au-dessus de la zone d'infection, l'envahissement microbien diminuait progressivement et finissait par disparaître, mais l'infiltration leucocytaire persistait dans la gaine des faisceaux nerveux, dans les travées conjonctives intra et interfasciculaires et dans la tunique externe de certains vaisseaux. Dans la moelle les lésions localisées au-dessous de la IV° lombaire, du côté correspondant au membre malade, étaient également vasculaires, interstitielles et parenchymateuses. Il existait une infiltration leucocytaire de la gaine externe de ramifications vasculaires irriguant surtout la corne latérale et le groupe postéro-externe de la substance grise ; on constatait aussi la présence de nodules interstitiels formés de leucocytes et des cellules névrogliques. Nulle part, dans la moelle, il n'y avait des microbes. Les lésions des cellules nerveuses, localisées principalement dans la corne latérale, étaient plus ou moins prononcées ; elles allaient de la tuméfaction légère du cytoplasma avec migration du noyau jusqu'à l'atrophie de la cellule. Parmi les cellules altérées, les unes, celles qui se trouvaient près des grands foyers d'infiltration vasculaire, étaient tuméfiées, augmentées de volume, surtout dans le sens d'un diamètre, avec noyau plus ou moins central et chromatolyse plutôt centrale ; d'autres, surtout celles siégeant le plus loin de ces mêmes foyers vasculaires, présentaient des altérations rappelant tout à fait le type des lésions décrites par M. Marinesco sous le nom de lésions secondaires.

D'après l'auteur, les lésions du nerf dans la zone d'infection

sont dues en grande partie aux masses considérables de microbes infiltrés dans ses éléments interstitiels. Mais les produits toxiques de ces microbes, les toxines, se propageant de proche en proche jusque dans la moelle, ont donné naissance aux lésions vasculaires, interstitielles et parenchymateuses constatées dans la partie supérieure du nerf et dans son centre médullaire. Cette propagation s'est faite directement par les voies lymphatiques. Les lésions parenchymateuses du nerf ont elles-mêmes réagi à distance sur les centres nerveux, déterminant ainsi des lésions cellulaires secondaires qui ont été constatées à côté des altérations parenchymateuses primitives.

M. Marinesco pense avoir démontré que la conception anatomo-clinique de la névrite ascendante est absolument fondée. La cause la plus fréquente, sinon l'unique, est une infection locale, infection qui n'a pas grande tendance à la diffusion. Les agents de l'infection se propagent, grâce aux espaces lymphatiques du nerf, de proche en proche, jusque dans la moelle épinière, c'est-à-dire qu'à la phase névritique vient s'ajouter la phase médullaire. Toutefois la destruction d'un certain nombre de fibres nerveuses par le microbe et ses toxines, détermine, dans certains cas, une répercussion sur le centre, avant même que la substance toxique se soit propagée à la moelle. Si, au contraire, il s'agit de poisons très diffusibles, les lésions centrales seront très accusées, avant même qu'il existe des lésions manifestes dans les nerfs. A. Fenayrou.

XXIV. **Atrophie musculaire et osseuse du membre supérieur droit, consécutive à des traumatismes violents et multiples**; par Sabrazès et Marsy (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1899).

XXV. **Le tabes labyrinthique**; par P. Bonnier. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1899.)

Dans la description de cette affection à manifestations si variables, les observateurs tendent naturellement à établir des variétés fixées par la prédominance des symptômes cliniques : tabes dorsalis, tabes supérieur. L'auteur trouve ces expressions impropres et trop vagues, mais il ne serait pas mauvais de caractériser les formes par un symptôme dominant, et résultant nettement d'une lésion métamérique bien déterminée. Le symptôme labyrinthique (signe de Romberg, difficulté de la marche dans l'obscurité, surdité, bourdonnement, vertiges, etc.), dû à la lésion de *la plus grosse, la plus active, la plus importante, la plus vigilante des racines spinales postérieures*, qui ne fait que rarement défaut dans le cortège symptomatique du tabes, et souvent se manifeste dès le début de l'affection, mérite à ces divers titres de servir à désigner la forme ou la phase du tabes dans laquelle se

manifestent particulièrement les troubles du labyrinthe. L'importance de cette spécialisation reconnue, peut conduire dans la pratique, à des pronostics et diagnostics à longue portée permettant d'éviter des interventions locales au moins inutiles.

R. Charon.

XXVI. **Incontinence d'urine d'origine hystérique**; par P. Ravant. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, n° 2, 1899.)

XXVII. **Étiologie et fréquence de la méningite sporadique suppurée**; par L. Napoléon Boston (de Philadelphie). (*Medical News*, mai 1899.)

Cette étude repose sur la statistique des autopsies de l'hôpital de Philadelphie d'avril 1894 à octobre 1898. Dans cet espace de temps, 80 cas furent observés qui se décomposent comme suit :

Leptoméningite	8
Méningite basilaire	9
Pachyméningite	20
Pachyméningite basilaire	4
Leptoméningite basilaire	3
Basilaire subaiguë	2
Basilaire chronique	10
Méningite compliquant une fièvre typhoïde	1
Méningite d'origine hémorragique cérébrale	1
Méningite d'origine hémorragique spinale	2
Méningite d'origine hémorragique tuberculeuse	1
Méningite d'origine tuberculeuse simple	6
Méningites purulentes proprement dites	13

Plusieurs observations complétées par des examens bactériologiques ont permis de rapporter au pneumocoque, au saptylocoque, etc., l'origine de la purulence.

A. V.

XXVIII. **Cardiopathie ou Heart fear**; par W.-T. English (de Pittsburg). (*Medical News*, avril 1899.)

L'auteur divise les cardiopathies en trois groupes : 1° celles dans lesquelles l'élément crainte apparaît comme prodromique d'un désordre fonctionnel et peut être regardé comme d'origine psychique ; 2° celles où sans phénomènes d'idéation préliminaire la phobie est consécutive à des troubles cardiaques ; 3° celles où l'élément psychique coïncide avec des troubles cardiaques et agit concurremment avec eux. Le diagnostic est souvent difficile à faire entre ces variétés, et le pronostic comme le traitement en dépendent.

A. V.

XXIX. **Manifestations larvées de l'épilepsie**; par Sauger Brown. (*Medical Record*, avril 1899.)

Cinq observations... L'auteur signale entre autres les migraines, céphalalgies, cauchemars, comme des équivalents possibles de la crise comitiale.

XXX. **Un cas de spasme avec contraction hémiplégique sans paralysie**; par Grainger Stewart. (*British med. Journal*, janvier 1899.)

L'ancienneté de la contracture a produit une déformation permanente de la main et du pied (photographies et radiographies). Le malade est un homme robuste d'âge moyen. L'auteur estime qu'il y a une lésion au niveau de la couche optique, tout en admettant la possibilité d'altérations corticales. Le traitement employé fut l'iodure malgré l'absence d'antécédents spécifiques. La suggestion hypnotique fut tentée sans le moindre résultat.

A. M.

XXXI. **Sclérose en plaques.** — Clinique du Pr de Renzi. (*Nuova Rivista clinico therap.*, n° 3, 1899.)

A l'occasion d'une observation de sclérose en plaques le maître fait ressortir toute l'importance que présentent pour lui au point de vue *diagnostic*, les phénomènes spasmodiques des muscles des membres, le tremblement qu'il attribue à une lésion des cellules motrices cérébrales ou tout au moins du faisceau pyramidal intracranien, les vertiges. Ces symptômes présenteraient une fréquence et une fixité bien supérieures à d'autres signes comme le nystagmus et les troubles de la miction et de la défécation. R. C.

XXXII. **Sur les hémichorées**; par La Riva. (*Académie de médecine de Madrid.*)

Deux cas types d'hémichorée *essentielle* chez des enfants de quatorze et quinze ans ne présentant pas trace d'hystérie, sans aucune hémiplégie ni parésie et dont la marche évolutive a suivi jusqu'à la guérison la marche inverse des chorées post ou pré-hémiplégiques inspirent à l'auteur les remarques suivantes. La chorée ne serait pas une névrose forcément généralisée à l'ensemble du système nerveux, mais une névrose *cérébrale* pouvant même n'intéresser qu'un seul hémisphère et dont le siège est encore douteux. Ce que l'on sait de l'anatomie pathologique des hemichorées pré et post hémiplégiques : lésion de la partie postérieure de la capsule interne affectant la couche optique, pourrait tendre à chercher de ce côté la localisation de la cause de la cho-

rée ; mais dans les deux cas de La Riva l'absence du signe de Bechtereew (perte de l'expression réflexe des émotions dans la face du côté opposé à la lésion thalamique) laisserait supposer que la couche optique est indemne. Faut-il rechercher dans l'écorce la localisation choréogène ? La question reste posée, en tout cas la chorée essentielle serait une affection infectieuse du cerveau dont le siège exact est à trouver (*Revista de medicina y cirugia*, n° 572).

F. Boissier.

XXXIII. Le délire dans les fractures du crâne ; par Abeilza. (*Revista de medicina y cirugia*, 576.)

A la période de commotion succède une période d'anémie aiguë qui paraît indépendante de toute infection ou phlegmasie du contenu cranien ; délire aigu. Après cette étape d'acuité survient peu à peu un syndrome à marche lente en tout semblable à la confusion mentale. Ces symptômes s'observent surtout dans les fractures limitées ou propagées aux *régions antérieures de la base*, ce qui semblerait devoir faire attribuer un rôle important pour les fonctions psychiques aux circonvolutions orbitaires. Mais contre ces conclusions milite l'expérience suivante à savoir qu'une pression de 20 centimètres de mercure peut être supportée à la base de deux lobes frontaux pendant un temps très long sans aucune réaction psychique. F. Boissier.

XXXIV. Deux cas d'épilepsie jacksonnienne ; par H. Baiz.

Il s'agit de deux adultes présentant tout à coup de l'épilepsie jacksonnienne typique s'établissant rapidement, début à la face, puis successivement secousses dans les bras, enfin le membre inférieur, pas de cri initial, etc. Recherche des antécédents, syphilis. Guérison par le traitement mixte. (*Revista. med. y cir.*, 573.)

XXXV. Sur la paralysie diphtéritique ; par Frédéric Batters. (*British med. Journal*, 19 novembre 1898.)

Ce travail a été lu à la British association d'Édimbourg. Il porte sur un cas de diphtérie où ont été appliquées les méthodes d'examen de Marchi. L'auteur conclut à la probabilité de lésion dominante dans les paralysies diphtériques, consistant en une dégénérescence de la gaine de myéline des nerfs, dégénérescence affectant également les fibres motrices et sensitives. A. Marie.

XXXVI. Diagnostic différentiel entre la sclérose en plaques et l'hystérie ; par Thomas Buzzard. (*British med.*, mai 1899.)

L'auteur se borne à quelques remarques sur un certain nombre

de symptômes (réflexes du genou, anesthésies, contractures). Il insiste en terminant sur la valeur du signe de Babinski sur le phénomène des orteils.

XXXVII. **Pathologie de la glande thyroïde**; par Georges Murray et Camb. (*British med. Journal*, mars 1899.)

Cette étude comprend deux importants articles dans deux numéros de journal et est accompagnée de microphotographies de préparation histologiques de glande thyroïde. Des expériences de thyroïdectomie sur le singe ont permis de reproduire un myxœdème caractéristique (2 photographies). Des déductions thérapeutiques sur le crétinisme y sont développées avec photographies à l'appui.

A signaler dans le *Medical Record* d'avril 1899 une étude d'Hamilton sur les applications au traitement de la folie des extraits des glandes thyroïdes et surrénales. A. Vigouroux.

XXXVIII. **Syringomyélie**; par Carslaw (de Glascow). (*British med. Journal*, décembre 1898.)

L'intérêt principal de ce cas consiste dans la distribution spéciale des anesthésies, au froid et à la douleur. La dissociation des sensibilités est généralisée. A. M.

XXXIX. **D'un remarquable état de sommeil pathologique**; par F. Holzinger. (*Neurolog. Centralblatt*, XVIII, 1899.)

Il s'agit d'un homme de soixante ans, de la tribu de l'Oromo dans le Choua (Ethiopie) qui, à peine assis (accroupi) se met à dormir profondément. Un appel ou un léger contact le réveille et il ouvre les yeux comme effrayé, comme s'il sortait d'un profond sommeil. Il dort ainsi au besoin toute la journée, sans demander à manger, dès qu'on le laisse tranquille et se laisse d'ailleurs réveiller très aisément. Il dit qu'il n'a rien autre chose que de se sentir continuellement fatigué, depuis deux ans. Le mouvement seul le tire de cet état, sans l'en débarrasser. En revanche, la nuit son sommeil est agité ; il a des visions d'une foule de gens autour de lui, auxquels il se met à parler sans en recevoir de réponses, il s'aperçoit alors que ce sont des visions, prend peur et se met à crier. Il se croit possédé du malin esprit, empoisonné par ses ennemis, du moins est-ce de sa part une supposition basée sur une croyance populaire : syphilis légère ; jamais de maladies antérieures ni de blessures. Quelque peu alcoolique, le malade ne se rend pas lui-même compte s'il a la nuit rêves ou hallucinations vraies ; il les corrige il est vrai, mais elles reviennent toutes les nuits, et parfois plusieurs fois la nuit ; raison de plus pour qu'il croie aux sorciers.

Il s'agit en réalité non d'une narcolepsie (attaques de sommeil) mais d'une somnolence permanente ; d'une léthargie d'Afrique, décrite par Gowers d'après Gore, Gulrin, Mac Corthy. Il n'existe ni épilepsie ni hystérie. P. Keraval.

XL. **Des paralysies faciales récidivantes** ; par M. Bernhardt. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Il s'agit des paralysies faciales périphériques survenant à plusieurs reprises chez le même individu. L'auteur classe ses observations, donne neuf faits nouveaux, et dresse un tableau de 60 cas personnels avec analyses correspondantes.

Conclusions. — 1° Elles représentent 7 p. 100 des paralysies faciales; — 2° Les hommes en paraissent plus fréquemment atteints que les femmes; — 3° La récidive a lieu aussi bien avant l'âge de vingt ans qu'après l'âge de cinquante ans, mais la plus grande fréquence est entre vingt et cinquante ans. C'est aussi l'âge des paralysies faciales périphériques; — 4° Le récidive a lieu soit bientôt (quelques semaines) après la première paralysie, soit bien des années après; — 5° Une seconde récidive ne se produit jamais avant qu'il se soit écoulé un an ; c'est généralement au bout de cinq ans, rarement sept ans; — 6° Le côté atteint par la première paralysie n'est pas fréquenté par les récidives, mais il n'y a de règle ni pour le côté pris par la première atteinte, ni pour les récidives subséquentes; — 7° La plupart des observations témoignent d'une seule récidive ; plus rarement il y a une seconde récidive ; encore plus rares sont les troisième et quatrième récidives; — 8° Chez l'homme une seule récidive est plus fréquente que chez la femme; — 9° Une seconde récidive est plus fréquente chez la femme que chez l'homme; — 10° Une seconde et une troisième récidives ont lieu à égalité de fréquence chez l'homme et chez la femme; — 11° Les premières récidives constituent dans la pluralité des cas des formes plus graves de paralysie (électriquement parlant) que les premières paralysies; — 12° Un certain nombre de paralysies faciales récidivantes (10 p. 100 à peu près) dépendent d'inflammations chroniques ou de suppurations de l'oreille moyenne, ou encore de lésions pathologiques de la base du crâne. Dans ce cas, la récidive paraît toujours occuper le coté atteint à l'origine; — 13° Une autre catégorie de paralysies faciales récidivantes est formée par celles qui surviennent chez les syphilitiques (6,6 p. 100), sans qu'on puisse dire que la syphilis joue un rôle dans l'espèce; — 14° Une troisième catégorie est celle des paralysies faciales des diabétiques (5 p. 100); — 15° Une quatrième est constituée par les paralysies faciales des nerveux ou héréditaires prédisposés (13,3 p. 100); — 16° Il reste 66,6 p. 100 de cas où on n'a pu constater les causes précédentes; — 17° Les

hypothèses de Despaigne, Philip, et autres, relatives à la structure anormale des os du crâne et de la face chez les héréditaires et prédisposés congénitaux, ne s'appliquent pas à la majorité des cas de ce genre; — 18° L'origine infectieuse ou toxique des paralysies faciales périphériques est très admissible mais non prouvée; — 19° Une première atteinte de paralysie faciale confère-t-elle l'immunité ? La récidive si fréquente des maladies infectieuses de la gorge et en particulier des amygdales inspire à cet égard un doute d'autant plus justifié qu'une affection de l'oreille moyenne et, par suite, du facial, est bien souvent amenée par une propagation du processus infectieux par la voie des trompes; — 20° Nous n'avons donc point d'explication satisfaisante applicable à la pluralité des cas de répétition d'une paralysie faciale périphérique chez le même individu. P. KERAVAL.

XLI. Névralgie du trijumeau d'origine traumatique; par RASCH. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI, N. F. IX, 1898.)

Il s'agit d'un forgeron qui pendant son travail a reçu sur le bord supérieur de l'orbite gauche un moine de quelques livres qui s'est échappé du manche. Il y a eu lésion des parties molles, un peu d'étourdissement, sans perte de connaissance. Quelques plaques de pemphigus aigu sont survenues deux semaines après l'accident sur tout le territoire du nerf atteint. Ce cas de névralgie traumatique avec trouble trophique, rappelle à l'auteur une observation de psychose réflexe issue d'une cicatrice très gonflée, et douloureuse, exactement située au niveau du trou sus-orbitaire, Quelques semaines après l'excision de la cicatrice qui, d'ailleurs, guérit le malade d'une psychose grave, datant déjà de près d'un an, s'installait une furonculose assez incommode occupant le territoire de la peau innervée par le nerf et qui récidiva pendant assez longtemps. P. KERAVAL.

XLII. Contribution à la casuistique de l'astasie-abasie; par L. GOLDSTEIN. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* XXI, N. F. IX, 1898.)

L'auteur serait tenté de regarder l'astasie-abasie comme un complexus symptomatique purement hystérique, de même que Charcot. En voici un cas qui rentre aussi dans l'hystérie. Il n'a pas d'autre particularité que d'appartenir la forme pleinement pure, typique. Il s'agit d'une vieille fille de trente-trois ans. Quoiqu'on ne pût découvrir aucune tare héréditaire, aucun stigmate hystérique, le mutisme, les diverses sensations qu'elle éprouve, et tout son air, indiquent l'hystérie. Cette astasie-abasie persistante (elle dure depuis quatre ans), est une forme paralytique, à caractères hystériques, elle a résisté parce que la malade a changé bien

souvent de médecins. « Nous lui suggérons, dit M. Goldstein, que certainement l'électrisation la fera marcher et se tenir debout dans cinq semaines, et lui fixons le jour; car le traitement lui donnera les forces nécessaires dans les jambes. Et c'est ce qui arrive. Elle quitte le lit et se met à marcher comme un petit enfant à ses débuts. Puis sous notre œil, l'amélioration progresse graduellement; sous l'influence des encouragements, la voilà qui, quelques semaines plus tard, descend l'escalier de son logement situé au troisième étage. Deux mois après le début du traitement elle nous rendait visite. » P. Keraval.

XLIII. Contribution au diagnostic électrique des paralysies de l'oculomoteur commun; par J.-K.-A. Wertheim-Salomonson. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

1° Les muscles de l'œil sont dits inaccessibles à l'examen électrodiagnostique (C. Erb.; Remak, Hirt). Ziemssen indique qu'il a pu chez les animaux provoquer, par l'excitation électrique, la contraction de l'iris. Mais on n'a point fait d'essais sur ce sujet chez l'homme, dans les paralysies de l'oculomoteur commun. Pansier (*Electrothérapie oculaire*, 1896) ne parle pas de l'examen électrodiagnostique des muscles de l'œil; — 2° La cause de l'absence de locomotion apparente du globe de l'œil, quand on excite les muscles de l'œil par l'électricité, tiendrait, pour la plupart des auteurs, à la faible résistance à la conductibilité électrique du globe de l'œil. La plupart des ondes du courant traversent le globe, de sorte qu'une quantité infinitésimale seule en atteint muscles et nerfs. En vain excite-t-on les muscles à leur insertion, après cocaïnisation de la conjonctive (procédé d'Eulenburg), on n'obtient pas d'excursion apparente du globe malgré l'emploi d'un courant doué d'une force et d'une densité considérables, de 0,50 milliampère, malgré l'usage d'électrodes ayant 0,50 centimètre de surface. On devrait aller à 1 et 1,5 milliampère pour atteindre le but, mais on risquerait de léser la rétine (Duchenne); — 3° Mais il est un muscle qui, en certaines circonstances, est accessible à l'excitation électrique percutanée, directe. C'est l'*élévateur de la paupière supérieure*. Chez les individus normaux il n'est excitable ni par le courant galvanique, ni par le courant faradique; non plus, chez les individus atteints de paralysie faciale périphérique. Dans le cas de blépharoptose paralytique, il est parfois excitable, mais rien que par le courant galvanique, à la condition, suivant les patients et les moments, que ce courant ait une force de 0,03 à 1,4 milliampères. Le point excitomoteur gît à quelques millimètres au-dessous du bord de l'orbite et au milieu de celui-ci, c'est-à-dire au-dessous du point le plus élevé du bord de l'orbite. L'électrode nécessaire, ronde, en

forme de bouton mesure 5 millimètres ; on la revêt de cuir ou de flanelle. Il faut qu'on procède aux fermetures du courant à l'appareil électrique et non sur le manche de l'électrode, sous peine de croire à une contraction tandis qu'on déplace presque inévitablement l'électrode. Mais on peut conserver le manche ordinaire parce que l'électrode doit être fixée de la main gauche libre; — 4° La section d'un nerf moteur est suivie des phénomènes connus de la réaction dégénérative, telle la modification de l'excitabilité galvanique directe qui apparaît déjà nettement dès le douzième jour. On observe alors des contractions lentes ; quelques jours plus tard elles se montrent sous l'influence d'un courant dont la force est étonnamment faible. Ce qui a lieu pour tous les nerfs moteurs a lieu aussi pour l'oculomoteur commun. Sa complète séparation entraîne une exagération de l'excitabilité galvanique directe des muscles innervés par celui-ci au bout d'environ trois semaines. Et c'est pourquoi, à cette époque, l'élévateur se contracte tout à fait lentement quand on pratique l'excitation galvanique directe au point désigné *supra*. M. W... ajoute avoir observé des contractions de l'élévateur dès le seizième jour après la production d'une paralysie de l'oculomoteur, que probablement il eût pu constater dès le quatorzième jour. Il importe de se servir d'un courant de 1,2 milliampère, dans la force duquel on n'est limité que par l'apparition de contractions dans l'orbiculaire des paupières. A partir du quatorzième jour on peut diminuer la force du courant ; le vingt-cinquième jour un courant de 0,03 milliampère, fourni par trois éléments, produit la contraction minima. Fermez à la cathode et vous avez le plus aisément du monde une contraction. Des courants plus forts se traduisent par une contraction à l'ouverture à l'anode. Quelques jours plus tard apparaît aussi une contraction à la fermeture de l'anode ; elle est déjà bien plus forte que la contraction à l'ouverture de l'anode et peut être, encore plus tard, produite au moyen d'une même intensité de courant que celle qu'exige la fermeture à la cathode. $K_a D T_e$ est assez difficile à obtenir et exige 1,4 milliampère. — 5° Le reste de l'évolution correspond, dans les divers cas, à l'évolution de la paralysie. Dans les cas de moyenne gravité, l'excitabilité diminue très promptement avec l'apparition de la guérison. Dans les cas graves, l'excitabilité de l'élévateur subsiste assez longtemps. Au bout de huit mois on parvient encore à produire des contractions, mais elles deviennent graduellement plus faibles et ne peuvent, en dernier lieu, plus être obtenues, même avec les plus forts courants utilisables de 1,4 milliampère ; — 6° Les contractions sont toujours d'une lenteur distincte, mais pas aussi lentes qu'on le voit dans les paralysies périphériques. La durée d'une contraction maxima est de 0,50 seconde le vingt-cinquième ou le trentième jour, c'est-à-dire pendant la période d'excitabilité maxima. L'excursion de la pau-

pière supérieure est, au début, très faible et ne comporte que des fractions de milimètre. Plus tard elle augmente et peut atteindre 3 millimètres. — 7° On peut obtenir des contractions de l'élévateur dans les cas de moyenne gravité et dans les cas graves de paralysie périphérique de l'oculomoteur commun. Dans les cas légers on ne peut produire de contractions quand la maladie dans son ensemble a une durée de six semaines. Dans les paralysies nucléaires et fasciculaires de l'oculomoteur commun on devait *à priori* s'attendre à une excitabilité de l'élévateur correspondant à la réaction dégénérative. Les faits n'ont pas confirmé cette prévision ; en aucun cas de blépharoptose produite par une paralysie fasciculaire ou nucléaire, il n'a pu être obtenu de contraction de l'élévateur. Pas de contraction non plus dans un cas de blépharoptose congénitale. Aucune réaction, dans un cas de paralysie de l'oculomoteur commun récidivante, malgré le développement graduel d'une parésie permanente. (Voy. *Psychiatrische en neurologische Bladen*, 1898) ; — 8° L'excitabilité de l'élévaleur de la paupière supérieure est donc probablement un signe de réaction dégénérative dans les paralysies de moyenne gravité et dans les paralysies graves de l'oculomoteur commun. La disparition rapide de l'excitabilité indique le début de la guérison. L'excitabilité parait manquer dans la blépharoptose produite par les paralysies nucléaires et fasciculaires ainsi que dans les paralysies légères et récidivantes ; — 9° L'impossibilité d'exciter les muscles du globe de l'œil doit être déterminée par la tonicité permanente de ces muscles qui échappent à la détente volontaire du patient, en outre des conditions défavorables de la résistance à la conductibilité électrique (Ziemssen). C'est ce qui empêche l'excursion du globe de l'œil sous l'influence de l'excitation galvanique directe d'un muscle de l'œil paralysé. La lenteur indubitable de la contraction ne peut vaincre la tonicité des muscles sains. Cela serait probablement possible si le sujet était plongé dans une profonde narcose chloroformique. C'est à voir de près. P. Keraval.

XLIV. **Deux cas d'ataxie de Friedreich**; par P. Cohn. (*Neurolog. Centralbl.* XVII, 1898.)

Chez deux frères de onze ans et de treize ans et demi on constate une forme progressive caractérisée par : 1° de l'ataxie statique et locomotrice, 2° l'absence de réflexes patellaires et achilléens, 3° l'intégrité de la sensibilité cutanée, 4° des troubles dans la notion de position, 5° l'intégrité des réflexes vésicaux et rectaux, 6° du nystagmus, 7° un léger trouble de la parole, 8° le pied de Friedreich. En outre dans l'observation I il y a une lésion destructive chronique des poumons, dans l'observation II il y a atrophie du nerf optique. L'ataxie et la simultanéité de la même maladie

chez les deux frères attirent l'attention en première ligne; les mouvements convulsifs rappellent bien la chorée infantile mais il n'en saurait être question. L'auteur passe cependant en revue le diagnostic différentiel d'avec : la sclérose en plaques, le tabes ordinaire; la syphilis héréditaire; la paraplégie ataxique de Gowers; une tumeur cérébelleuse, l'hérédo-ataxie cérébelleuse de P. Marie. Il ne se croit pas encore en mesure de décider si, dans la maladie de Friedreich, il y a, et à quel degré, des arrêts de développement du cervelet, ni de préciser la localisation pathologique de la moelle. L'atrophie du nerf optique de l'observation II bien que particulière, n'exclut pas l'idée d'une maladie de Friedreich; c'est une maladie de Friedreich avec atrophie du nerf optique, voilà tout.

C'est vraiment ici une maladie familiale puisqu'elle atteint deux membres d'une même famille et tout jeunes (on sait que cette maladie est rarement directement transmise); le père était un ivrogne (fait noté par Ladame dans l'espèce). Les deux enfants ont été atteints de scarlatine; cette maladie a pu exagérer la prédisposition à l'ataxie héréditaire et donner le coup de fouet à la prédisposition latente.

Il est bon d'insister sur les mouvements irréguliers en forme de tics (de la tête) des deux enfants, et sur ceux (des doigts) qui rappellent l'athétose et la chorée. Les premiers survenaient seulement dans la station debout ou quand la partie supérieure du corps était dressée; ils tenaient peut-être à des efforts d'équilibre. Les seconds apparaissaient déjà au repos (obs. II). Il faut tous les rapprocher des mouvements spontanés fréquemment associés à l'ataxie, inconscients comme ces derniers, à cause des troubles du sens musculaire.

Traitement. — Alimentation reconstituante. Massage. Exercices compensateurs de Frenkel. P. Keraval.

XLV. **Un cas de contracture congénitale avec hypertrophie de l'extrémité supérieure gauche**; par S. Kalischer. (*Neurolog. Centralblatt*, XVII, 1898.)

C'est une contracture congénitale et permanente accompagnée d'une augmentation de volume des muscles de l'avant-bras et du bras qui sont durs et fermes, des éminences thénar et hypothénar plus molle. L'hypertrophie atteint surtout les fléchisseurs et la région du cubitus. Les os sont aussi un peu épaissis. Une convulsion tonique permanente tend les interosseux, les longs fléchisseurs des phalangettes, les fléchisseurs de la main du côté du cubitus. Cette contracture permanente, en entrainant la flexion des doigts et de la main, tournée en outre du côté du bord cubital, a aboli la fonction du long extenseur des doigts. La fonction des muscles

innervés par le radial (long supinateur, triceps, extenseur du carpe) est restée intacte ainsi que celle des extenseurs du pouce. Pas d'atrophie visible des longs extenseurs des doigts. Les tendons de l'extenseur commun des doigts, de l'extenseur de l'index et de l'extenseur du petit doigt se contractent encore sous l'influence de forts courants électriques. Il n'y a ni atrophie, ni impossibilité fonctionnelle des éminences thénar et hypothénar, ce qui indique une hypertrophie vraie. En un mot, il y a contracture de quelques muscles innervés par le cubital et le médian, intégrité de l'adducteur du pouce, de l'abducteur, de l'opposant du petit doigt, du petit palmaire, innervés par le cubital; dans le domaine du médian, le fléchisseur sublime et le fléchisseur profond des doigts sont seuls atteints.

L'hypertrophie atteint et les fléchisseurs contracturés et les fléchisseurs de l'avant-bras (coraco-brachial, biceps), une partie des extenseurs tels que le supinateur, l'extenseur radial et l'extenseur cubital du carpe, peut-être aussi le triceps.

L'auteur insiste sur l'hypertrophie et le fonctionnement spontané isolé du petit palmaire, en outre de l'influence exercée sur lui, comme à l'état normal par l'excitation électrique du cubital. C'est une anomalie physiologique.

La contracture congénitale de ce fait pourrait peut-être être considérée comme d'origine intra-utérine (voy. le cas de Schutze). Le diagnostic en est, en tout cas, simple quoiqu'il y ait des points de contact avec la paralysie infantile cérébrale à forme monoplégique, avec la contracture tardive post-hémiplégique, avec la dystrophie musculaire progressive, avec la tétanie et la myotonie, avec les hypertrophies musculaires du surmenage des athlètes.

P. Keraval.

XLVI. **Notice historique relative à l'étude du tétanos céphalique** (*tétanos hydrophobique, tétanos facial de Edm. Rose*); par M. Bernhardt. (*Neurolog. Centralblatt*, XVII, 1898.)

Edmond Rose, le créateur du type morbide n'a pas eu connaissance de la première observation de ce genre de Ch. Bell. Dans son livre *The nervous system of the human body*, Londres, 1830, on trouve sous le n° 42 : observation de trismus compliqué de paralysie faciale. Elle a passé inaperçue et à Rose (t. VIII de la *Chirurgie allemande*, Stuttgart, 1897) et à Conrad Brunner (*Experimentelle und klinische Studien über Tetanus*, Tubingue, 1894). Bell fait remarquer que son observation ressemble à quelques observations de paralysie faciale locale puisque le malade ne pouvait fermer l'œil, mouvoir les lèvres et les joues, mais avec tétanisme des masticateurs animés par la cinquième paire. Il mentionne un cas d'hémiplégie faciale également produite par un coup sur la tête,

mais il repousse l'idée d'une lésion cérébrale, encore plus celle d'une lésion du nerf dans son trajet intra-osseux. Le trismus serait dû, pour lui, à une lésion légère des téguments de la tempe chez un sujet prédisposé. P. Keraval.

XLVII. **Contribution à la pathologie des cellules des ganglions spinaux**; par O. Juliusburger et E. Meyer. (*Neurolog. Centralblatt*, XVII, 1898.)

1° Examen des cellules des ganglions spinaux dans la région lombaire d'un *idiot* de dix-huit ans, mort subitement pendant une période d'agitation apyrétique ayant duré depuis plusieurs jours. *Autopsie* pratiquée quatre heures après la mort. Intégrité des organes sauf un fort œdème pulmonaire. Durcissement dans l'alcool à 95°; inclusion dans la celloïdine. Les coupes sont colorées au bleu de méthylène de Nissl, ou au vert d'iode additionné de fuchsine basique (fuchsine basique 0,60 — vert d'iode 0,20 — eau distillée 100 — on colore pendant cinq à dix minutes et on décolore dans l'alcool à 95° ou absolu). Le durcissement au formol et à la liqueur de Müller et la coloration à la thionine, au rouge neutre, à l'alun hématique donnent de très belles images.

Les cellules des ganglions spinaux sont entourées d'une capsule de tissu conjonctif à la face interne de laquelle existe un endothélium à une couche. Cette capsule est en rapport immédiat avec le tissu conjonctif fibrillaire du ganglion, très développé ici, et caractérisé par une richesse nette de noyaux. Nombreuses cellules du genre des cellules granuleuses, de deux espèces. — A. Celles dont le protoplasme semble diffus, contiennent des dépôts irrégulièrement disposés de gros grains rouge vif (mélange de fuchsine et vert d'iode); leur noyau, plus ou moins arrondi, présente de fines granulations vert bleuâtre. Les granulations protoplasmiques sont plus nombreuses et d'un rouge qui tire sur le violet dans la coloration à la thionine; elles sont de couleur ocre, au rouge neutre. — B. Celles dont le protoplasme semble plus cohérent, plus limité, contiennent des granulations infiniment plus fines, très serrées, franchement violettes (par la fuchsine), bleues par la thionine, rouge vif par le rouge neutre. Leur noyau est tout à fait semblable à celui des cellules A. — Dans les deux espèces le protoplasma lui-même est incolore; la grandeur des cellules est variable. Ce sont surtout des cellules de l'espèce A, qui ont été trouvées dans le tissu conjonctif des nerfs périphériques, dans les trousseaux extramédullaires des racines antérieures et postérieures, dans l'écorce du cerveau; dans l'écorce elles occupaient même le voisinage des vaisseaux et étaient en très petit nombre, à l'inverse des nerfs et des racines.

Les cellules du ganglion spinal étaient surtout arrondies, quel-

quefois allongées ou un peu anguleuses, le corps de la cellule restant, comme à l'état normal contigu à la couche endothéliale. Il n'y a qu'à confirmer les détails de Lenhossek ; les nuances qu'il a décrites quant à leur constitution intime, tiennent aux variétés de grosseur, de disposition, de nombre des « granules et mottes de substance tigroïde » ainsi qu'à la variété de la constitution de la substance fondamentale.

2° Examen de *deux cas de tabes*. Aucune anomalie de la substance chromatique (Schaffer) ou tigroïde (Lenhossek) pas plus que chez le jeune idiot qui n'avait présenté aucun symptôme spinal et dont les cordons postérieurs étaient normaux. Rien non plus dans le noyau ni le nucléole. Il semblait cependant y avoir davantage de cellules petites et sombres que de cellules grandes et claires, plus de cellules anguleuses, que normalement. Aucune multiplication du tissu interstitiel ni des cellules granuleuses. Mais, de ce qu'il n'y a pas d'altérations des petits grains et agrégats de petits grains de la substance chromatique, il ne s'ensuit pas *que la lésion du cordon postérieur ne dépende point d'un trouble primitif de la cellule du ganglion spinal*. En effet, le processus tabétique est lent. Quelque opinion que l'on se fasse de la cause spéciale de ce processus, les cellules des ganglions spinaux peuvent continuer à recevoir de la périphérie une excitation qu'elles transforment de la manière qui convient aux cordons postérieurs. Dès que les phénomènes d'excitation normaux sont remplacés par des excitations anormales, la capacité métamorphique normale de la cellule du ganglion spinal est modifiée de telle sorte qu'au lieu qu'il se produise une métamorphose normale de l'excitation qui, de la périphérie, va à la cellule, ait lieu une métamorphose anormale qui exerce sur les cordons postérieurs une action nocive. Cette modification de l'activité de la cellule du ganglion spinal aurait lieu non tout d'un coup mais par accommodation progressive aux modifications des conditions de la vie. C'est pourquoi on n'y trouve pas d'altérations de la substance chromatique, qui ne sauraient résulter que de la réaction plus ou moins aiguë de la cellule ou de son défaut d'accommodation. Il n'y a donc point d'altération essentielle de la substance fondamentale qui continue à exécuter sa fonction spécifique. La modification de forme et le rapetissement de la cellule du ganglion, s'ils étaient constants, montreraient simplement qu'il y a lutte des organes à s'adapter aux nouvelles conditions de la vie et que certains éléments meurent tandis que d'autres survivent et continuent à prospérer. *Rien ne prouve non plus qu'il y ait modification primitive de la cellule en question*, mais l'absence de lésion anatomique ne permet pas d'en contester l'existence.

3° Examen d'un cas de *paralysie générale*. Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, ayant eu sept semaines avant la mort, à la suite d'attaques congestives prédominant à gauche, une hémipa-

résie gauche persistante. Lésions des cordons postérieurs semblables à celles du tabes sous deux aspects : 1° celui d'un processus ancien (atrophie et disparition des fibres, multiplication du tissu interstitiel); 2° celui d'un processus jeune. L'hémiparésie doit être rattachée à la lésion primitive des cellules pyramidales des ascendantes. Ce fait permet d'admettre que la lésion des cordons postérieurs émanait d'un trouble primitif des cellules des ganglions spinaux. P. KERAVAL.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

XIII. **Recherches sur la glycosurie alimentaire dans les maladies mentales au point de vue des rapports entre la folie et le diabète** ; par BELLISARI. Institut psychiatrique de Naples. (*Nuova Rivista clinico-terapeut.*, n° 4, 1899.)

Les expériences de l'auteur portent sur 29 malades examinés dans deux manicomes et appartenant aux diverses formes mentales qui s'y rencontrent généralement. Il leur a été administré par jour 5 grammes de glucose par kilogramme, soit environ 1 gr. 50 de plus que la limite extrême de destruction dont dispose l'homme sain. Ces expériences très soigneusement menées conduisent aux conclusions suivantes : 1° Les maladies mentales, par elles-mêmes, ne sont pas capables de diminuer dans l'organisme le pouvoir de destruction du sucre ; 2° Les convulsions épileptiques, si intimes et répétées qu'elles soient, ne suffisent pas pour déterminer positivement la glycosurie alimentaire ; 3° La glycosurie spontanée, non physiologique, doit être tenue pour un fait exceptionnel dans les psychopathies ; 4° Elle est fréquemment simulée par l'augmentation du pouvoir réducteur normal de l'urine, dû probablement à l'augmentation des substances extractives éliminées. R. C.

XIV. **Un cas de paralysie générale des aliénés chez une enfant** ; par John THOMSON et A. WELSH (d'Édimbourg). (*British med. Journal*, avril 1899.)

L'observation se rapporte à une enfant entrée à l'Asile à onze ans et morte à dix-sept et présentant tous les symptômes de la paralysie générale. Syphilis congénitale chez quatre frères. L'autopsie confirme le diagnostic ainsi que l'examen histologique du cerveau.

A. M.

XV. **Symbolistes et décadents** ; par le Dr Bagénoff (de Moscou). (*Ed. Mamoutow*, 1899.)

L'auteur étudie le décadentisme comme mouvement littéraire et esthétique récemment passé d'Europe occidentale en Russie. En raison de ses manifestations bizarres et prétentieuses, l'auteur croit pouvoir l'envisager comme un phénomène pathologique. Il ne partage pas l'opinion de M. Nordau qui considère ce mouvement comme signe de décadence. Il pense que ces tendances mystico-symbolistes forment une réaction naturelle contre le mouvement matérialiste utilitaire de notre fin de siècle. Le succès de ce mouvement est dû à l'imitation. Les gens bien portants imitent les malades et ces derniers créent autrement que nous, justement parce qu'ils sont malades. Pour prouver sa thèse l'auteur relate la vie de quelques représentants du décadentisme, dont presque tous ont été des gens nerveux et malades et dont le physique porte souvent des stigmates de dégénérescence.

Il termine son exposé par les conclusions suivantes : dans l'organisation évolutive mentale, le progrès s'opère par stratifications superposées, les fonctions dernières venues sont les moins stables et ne le deviennent qu'avec le temps; malgré leur déséquilibration fréquente, les hommes de génie sont en progénérescences et non des névrosés ataviques.

Comme a dit Gladstone, ce qu'on prend pour ruine est la matière réunie pour l'édifice futur. D. M.

XVI. **Du délire dans l'intoxication par l'atropine**; par E. Beyer (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI, N. F. IX, 1898.)

Homme de cinquante-sept ans, apporté à l'hôpital totalement privé de connaissance. Il y devient très agité. Pupilles extrêmement dilatées et insensibles à la lumière, langue tout à fait sèche, voix enrouée croassante. Désordre complet et confusion des actes; à ce qu'on lui demande ou à ce que l'on lui dit de faire, il répond par un mouvement de tête, mais il est impossible d'obtenir de lui ni l'exécution des ordres qu'on lui donne, ni aucune réponse formelle. Mouvements continus mais plutôt doux. Expression du visage plutôt gaie, très souvent rire fugitif. De temps à autre il se dispose à parler, mais n'émet que des sons inintelligibles, auxquels il ajoute des rires. Il semble parfois qu'il veuille interpeller quelqu'un, en tournant la tête vers lui, et qu'il se dispose à écouter, mais c'est tout. Deux fois il a uriné involontairement et inconsciemment. Les pupilles très dilatées, sont insensibles à la lumière, le visage est très rouge, la langue sèche, ainsi que les lèvres. Pouls plein, dur, un peu accéléré. Pas de tremblement; titubation, conservation de l'équilibre. Réflexes patellaires très

vifs, réflexes abdominaux et crémastériens faibles. Rien de certain quant à l'état de la sensibilité. L'agitation augmentant vers le soir. on fait deux injections de morphine, de chacune un centigramme à 8 heures et à 10 heures du soir, qui procurent du sommeil toute la nuit. Le lendemain matin, forte sueur. Au réveil, quelque obtusion et quelque agitation dans les mains (mouvements de préhension); mais il commence à parler, se rend compte de l'endroit où il se trouve, sans avoir récupéré la mémoire. Pupilles moins larges, sommeil réparateur pendant la journée et la nuit suivante. Le lendemain matin, il se réveille tout à fait valide et lucide.

Il raconte alors qu'occupé dans un chantier de bûcherons, il a, vers midi, bu la boisson rafraichissante habituelle, une sorte d'infusion préparée à l'aide de toute espèce de racines et de plantes. Tous les travailleurs ont été frappés du goût de ce breuvage qui les prenait à la gorge; quelques-uns se sont tout à coup sentis étourdis. Il en a bu de plus en plus ; plus il en buvait, plus il avait soif. Il ne pouvait alors plus cracher dans ses mains comme d'habitude, il éprouvait une sécheresse de la gorge, de plus en plus pénible, et se sentait comme ivre. Il ne se rappelle plus rien à partir de ce moment. Ce n'est qu'en se réveillant le lendemain matin qu'il a compris, en voyant les fenêtres grillées, où il était. Il a guéri : c'était un buveur depuis plusieurs années, mais il n'avait pas bu plus particulièrement en ces derniers temps,

P. Keraval.

XVII. **Des obsessions**; par E. Mendel. (*Neurol. Centralbl.*, XVII, 1898).

L'obsession, ou conception irrésistible de Westphal, est une idée qui s'impose à l'individu, en pleine conscience, son intelligence demeurant d'ailleurs intacte; cette idée n'a rien à faire avec la sensibilité affective. Elle résiste à toute tentative d'expulsion de la part du patient, entrave le cours normal de ses pensées et les heurte ; il ne cesse d'en reconnaître l'anomalie, la considère comme un corps étranger auquel il résiste en pleine et parfaite connaissance, en complète santé mentale.

On a depuis lors appliqué le nom d'obsession à des choses très différentes. Et le rapport de Rehm au Congrès des naturalistes allemands (session de Brunswick 1897) le montre nettement. On ne doit appeler obsession que la sixième espèce de Rehm. En effet, dans les cas purs, il ne doit y avoir de pathologique que le fait suivant. Contre la volonté de celui qui en est atteint, prédomine une association de conception qui se trouve en quelque sorte poussée par un ou deux courants d'idées directeurs, par un ou deux éléments qui chez l'homme normal sont réduits à un rôle secondaire, à celui de satellite, comme cela a lieu dans le mécanisme

des contrastes psychiques normaux. La prédominance de ces idées directrices refoule les autres : c'est ce que Morselli appelle la paranoïa rudimentaire. Cette expression est assez heureuse, dit M. Mendel; en effet dans la paranoïa développée, le point de départ de la maladie est une association pathologique des idées. Les éléments associés peuvent, en l'espèce, être parfaitement vrais; ce qui fait qu'il y a idée délirante, c'est l'intervention d'idées, qui, d'après les lois physiologiques de l'association des idées, ne devraient pas coopérer. C'est d'autant plus acceptable que quelquefois la paranoïa rudimentaire aboutit à une paranoïa indubitable (?)

P. Keraval.

XVIII. **Délires menstruels périodiques**; par le Dr Trénel. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique.*)

Dans cette monographie intéressante à plus d'un titre, le Dr Trénel décrit une forme de délire assez rare et dont la plupart des traités de pathologie mentale ne parlent qu'incidemment. Il étudie spécialement ces délires qui se reproduisent d'une façon périodique au moment des époques menstruelles, l'état de la malade restant normal dans l'intervalle des accès.

Reste à savoir quelle est la valeur de cet état normal et jusqu'à quel point nous pouvons le considérer pur de toute manifestation morbide. C'est là la question : la menstruation exagère-t-elle simplement l'aptitude générale au délire ou bien peut-elle créer ce délire de toutes pièces? Krafft-Ebing adopte très nettement la première opinion; pour lui dans tous les cas de folie menstruelle il s'agit d'un cerveau excitable dès l'origine d'une manière anormale et qui réagissait déjà d'une façon pathologique dans la période prémorbide ainsi que dans l'intervalle des accès. Notre collègue qui possède tous les éléments pour étudier cette question, étant médecin dans un service de plus de 1.200 femmes, penche en faveur de la seconde ; c'est du moins ce qui parait ressortir de son travail, bien que l'observation très complète présentée comme type de délire menstruel ne soit pas tout à fait démonstrative. Il mentionne dans cette observation quatre accès de délire menstruel et convient d'ailleurs qu'il existe entre eux quelques différences de détail dont la plus importante est une période intervallaire de mélancolie continue.

Quoi qu'il en soit, le délire menstruel peut revêtir la forme maniaque, mélancolique ou hallucinatoire; souvent il débute subitement à un moment variable des règles et se termine de même. Les périodes intervallaires sont lucides en général dit le Dr Trénel, l'affection est aiguë, subaiguë, prolongée ou chronique. Elle débute à tous les âges (psychoses menstruelles primordiales, communes ou climatériques). Son pronostic est relativement

bénin (68 p. 100 de guérisons) mais elle peut se terminer par la chronicité, la démence, la transformation en une vésanie continue vulgaire ou peut-être en une folie périodique vraie. Elle est susceptible de récidive.

Quant au traitement, il est essentiellement variable. Dans les accès maniaques et hallucinatoires les sédatifs et en premier lieu le bromure de potassium sont naturellement indiqués; dans les accès de forme dépressive et dans les périodes dépressives si fréquentes à la suite des accès maniaques il y aura lieu de relever la nutrition et de surveiller en particulier l'alimentation. L'auteur fait en outre observer qu'en raison de la courte durée des accidents, les malades peuvent en général être soignés dans leurs familles ce qui explique, en partie, la rareté relative de ces cas dans les asiles. Dr Thivet.

XIX. **Stupeur mentale intermittente**; par le Dr Noble.

Il se rencontre fréquemment dans les asiles des cas anormaux qui ne prennent place dans aucun des systèmes de classification employés : tels sont certains cas de stupeur intermittente.

L'auteur rapporte tout au long un de ces cas de stupeur intermittente à terminaison favorable après un séjour de onze mois à l'Asile. La transition entre l'état normal et la stupeur ou réciproquement était absolument brusque : le même individu qui à dix heures, par exemple, était plongé dans la stupeur la plus profonde nécessitant l'alimentation à la sonde, était à dix heures et demie brillant, gai, plein d'intelligence et d'activité. Les intervalles lucides revenaient en moyenne tous les deux jours : le temps passé en stupeur était prédominant. L'auteur ne se rattache pas à l'opinion qui fait dépendre la stupeur intermittente d'une disproportion entre l'appareil vasculaire et l'appareil nerveux : trop peu de cas de stupeur intermittente ont été observés et étudiés pour qu'on puisse en tirer une théorie. (*The American journal of insanity*, avril 1899.) E. Blin.

XX. **Syphilis et folie**; par le Dr Collotti.

Dans une étude intéressante, l'auteur passe en revue les diverses formes de folie qui peuvent tirer leur origine de l'infection syphilitique.

Au sujet de la paralysie générale, les opinions sont très partagées. Un premier groupe d'aliénistes estime que la syphilis peut donner naissance à la paralysie générale ; un second groupe refuse à la syphilis la possibilité d'être une cause de paralysie générale, admettant seulement une coïncidence entre les deux affections ; une opinion intermédiaire considère que la syphilis ne donne pas

naissance à une paralysie générale vraie mais à une forme mentale qui lui ressemble tout en ayant des symptômes différents, une évolution, une durée, des altérations différentes, la pseudo-paralysie générale.

Enfin depuis quelques années s'est produite une dernière théorie éclectique d'après laquelle la syphilis peut conserver non seulement la pseudo-paralysie générale, mais encore la paralysie générale vraie. Etroitement unie à l'histoire de la paralysie générale est celle du tabes.

Sur 100 ataxiques, Beyer a trouvé 20 syphilitiques; Eulenburg, 25 ; Remak, 23; Bernhardt, 46; Erb, 50; Strümpell, 60; Möbius, 80, et Fournier, 93.

Depuis les observations de Morgagni ont été publiées de nombreuses observations d'épilepsie vraie due à la syphilis. A côté de nombreux auteurs qui trouvent défectueuse cette appellation de syphilitiques appliquée à des symptômes qui ne sont, en fait, que des réactions du cerveau à l'égard de lésions probablement syphilitiques mais qui produiraient les mêmes symptômes si elles étaient gliomateuses ou tuberculeuses, Fournier, Rubino et d'autres auteurs affirment l'existence d'une forme épileptique de syphilis cérébrale secondaire qui peut être regardée non seulement comme le résultat de lésions organiques, mais encore comme le produit de troubles dynamiques qui en font une épilepsie parasyphilitique.

La chorée syphilitique a été admise par les uns, niée par les autres. Quelques cas de démence syphilitique améliorés par un traitement spécial ont été rapportés par divers auteurs.

La question des psycho-névroses syphilitiques est une des plus discutées et les opinions émises sont des plus discordantes. Après en avoir cité quelques-unes l'auteur regarde comme démontrée, fondée sur des observations cliniques, l'existence d'une psycho-névrose syphilitique des plus importantes à connaître en raison du pronostic et de la thérapeutique. A l'appui de son opinion l'auteur rapporte cinq observations de psycho-névroses syphilitiques dans lesquelles la cause et l'effet, le remède et l'amélioration sont intimement et manifestement en rapport.

Le premier cas a trait à un malade atteint de manie aiguë et chez qui le traitement spécifique amène une amélioration rapide; le malade sort un mois et demi après son entrée. Il en est de même du second cas. Le troisième malade est un mélancolique avec excitation par intervalle qui séjourne seulement deux mois à l'asile. Même résultat rapide dans un cas de manie et dans un cas de confusion mentale. (*The alienist and neurologist*, avril 1899.)

E. B.

XXI. L'imbécillité et la folie de l'imbécillité devant la loi (Rapport médico-légal); par le Dr Hughes.

L'Etat de New-York a pris l'initiative de substituer au jury ordinaire, dans les cas criminels où la folie est invoquée par la défense une commission composée d'experts médicaux particulièrement compétents.

Cette juridiction a été employée pour le cas à propos duquel l'auteur publie un intéressant rapport médico-légal : il s'agit d'un faible d'esprit confinant à l'imbécillité et qui, le jour du mariage de son frère, sur le reçu d'une lettre anonyme injurieuse pour sa mère et sa sœur, tua son futur beau-frère. Quelque temps après son incarcération, il tomba dans un état de dépression mélancolique qui retarda son jugement de trois mois.

Les conclusions de la commission furent que l'assassin, en raison de son imbéçillité, était incapable d'apprécier la gravité de son crime qu'il était non compos mentis.

A la suite du rapport médico-légal rédigé par le Dr Hughes et signé par tous les membres de la commission, chacun des cinq membres de la commission a exposé, dans un rapport personnel les raisons pour lesquelles il en est arrivé aux conclusions de la commission. (*The alienist and neurologist*, avril 1899.) E. B.

XXII. Les trépidations et les phobies de la neuratonie cérébrale; par le Dr Hughes.

Aux appellations ordinaires de neurasthénie ou de cérébrasthénie, l'auteur préfère celle ne neuratonie. La cause primitive de la neuratonie est la nutrition défectueuse de l'écorce cérébrale, en particulier des neurones psychiques. Il peut arriver aussi que les zones psychomotrices soient atteintes.

La mauvaise nutrition de la zone psychique peut tenir à l'anémie, à la toxhémie, même à l'hyperhémie ou bien être due à une défectuosité héréditaire du neurone qui peut conduire aux formes graves des phobies confinant elles-mêmes aux idées délirantes de la folie. La folie est toujours à craindre comme une terminaison possible des phobies surtout lorsque celles-ci ne sont pas précédées par des causes profondes d'altération du système nerveux ou un grand shock psychique.

L'auteur cite quelques exemples de phobie : phobie chirographique ou crainte d'écrire des lettres; phobie contagieuse avec tremblement; phobie de contamination. (*The alienist and neurologist*, janv. 1899.) E. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 31 *juillet* 1899. — PRÉSIDENCE DE M. J. VOISIN.

Démence épileptique paralytique spasmodique à l'époque de la puberté.

M. J. VOISIN communique, en son nom personnel et au nom de M. Legros, cinq observations fort intéressantes de jeunes filles ou adultes devenues démentes à la suite d'accès répétés d'épilepsie en série et qu'un examen superficiel eût pu faire prendre pour des paralytiques générales.

Ce qui caractérise surtout la démence dans les cas rapportés, c'est qu'elle augmentait après les accès prolongés pour s'améliorer relativement dans les espaces intercalaires. En même temps que les observateurs constataient les troubles mentaux; ils notaient l'apparition de troubles physiques du côté de la démarche et de la parole et même des paralysies fugaces. Ces malades auraient pu être facilement prises pour des paralytiques générales. Cependant une observation attentive ne permettait pas de confondre l'embarras de leur parole avec l'hésitation si caractéristique qu'on observe dans la paralysie générale.

Ces cinq aliénées présentaient toutefois un rire niais, un aspect béat ou bien un air ahuri et mélancolique. Elles avaient parfois des idées de persécution, mais jamais d'idées de grandeur, de richesse et leur démence n'offrait pas le caractère du délire multiple, non motivé et contradictoire de la paralysie générale.

Enfin, l'examen psychologique des lésions de l'encéphale a donné dans les cinq cas, la preuve que ce dernier diagnostic, malgré certaines apparences contraires, devait être écarté.

M. NAGEOTTE a fait l'examen histologique des lésions présentées par deux des malades de M. J. Voisin. Sans parler de l'atrophie du cerveau, qui pour lui n'a aucun caractère pathognomonique, il a constaté que les vaisseaux étaient un peu dilatés partout; leurs gaines très larges contenaient des amas pigmentaires, traces de congestions répétées. Mais leurs parois ne présentaient pas la plus petite infiltration de cellules anormales, ni la moindre trace d'inflammation. Il se base sur ce fait négatif pour conclure d'une façon

absolue que les cerveaux examinés n'appartenaient pas à des paralytiques générales.

M. Toulouse s'étonne que M. Nageotte n'attache aucune importance à l'atrophie du cerveau comme signe de la paralysie générale.

M. Christian se montre surpris d'entendre soutenir une opinion contraire. Il n'a jamais rencontré d'atrophie du cerveau dans les nombreuses autopsies qu'il a pratiquées chez des paralytiques généraux.

Histologie du myéloencéphale de Vacher.

M. Toulouse apporte le résultat de recherches histologiques faites par MM. Klippel, Philippe, Rabaud, Lambroso par lui-même et par son interne, sur le cerveau de Vacher. Ces examens, un peu différents dans les détails, se rapprochent par une conclusion commune : On n'a pas découvert dans le cerveau de Vacher de lésions pathologiques.

Observation d'acromégalie chez un dément épileptique.

M. Farnarier communique l'observation d'un cas d'acromégalie chez un dément épileptique du service de M. Sérieux. L'auteur admet que l'hérédité neuro-arthritique ou vésanique offre un terrain favorable au développement de l'acromégalie et que celle-ci, à son tour, par les perturbations certaines qu'elle provoque dans le fonctionnement des glandes à sécrétion interne comme l'hypophyse réagit sur le système nerveux et détermine l'éclosion d'affections nerveuses ou mentales variées.

Un cas de paralysie générale avec hallucination.

M. Truelle donne lecture d'une observation de paralysie générale accompagnée d'hallucinations de l'ouïe et de la vue qu'il a recueillie dans le service de M. Magnan. Il s'agit d'une femme de trente-sept ans non syphilitique, mais fille d'une mélancolique et elle-même un peu triste, qui présenta progressivement tous les signes de la paralysie générale, en même temps que se montraient des hallucinations de la vue et de l'ouïe sous l'influence desquelles elle accomplit certains actes délictueux. Discutant ensuite la genèse des hallucinations dans la paralysie générale, M. Truelle adopte la théorie de M. Magnan qui les explique par la dégénérescence mentale dont sont frappés, avant l'apparition de la méningo-encéphalie chronique, les malades qui en présentent.

Ce cas offre une nouvelle confirmation de cette loi générale formulée par M. Magnan qui veut que dans la paralysie générale la vigueur du délire soit conditionnée par l'état de la lésion alors que son existence ne l'est que par une prédisposition anterieure

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Séance du 9 avril 1899.

Professeur Filatoff. — *Encéphalite infectieuse chez deux frères.*

F... Présente deux malades (frère et sœur) âgés de quatre et cinq ans, atteints au mois d'août, à quatre jours d'intervalle, de la même affection : début par frisson et fièvre, le lendemain paralysie brusque des jambes et de la langue; ensuite, convulsions avec perte de connaissance durant deux à trois heures. Chez la première malade la fièvre cessa au bout de six semaines, reparut quinze jours plus tard et continue jusqu'à ce jour. Pendant la deuxième période fébrile elle eut souvent des accès d'opistotonus (une et même plusieurs fois par jour); dysphagie. Actuellement la malade a perdu complètement la parole et la mimique, et ne répond aucunement aux questions. Pas de paralysies, légère rigidité dans les muscles des jambes; ataxie et tremblement de mains; parfois tremblement de la tête; intégrité de la sensibilité et des réflexes; légère dysphagie.

Chez l'autre malade la fièvre dura quatre semaines: démarche incertaine; accès convulsifs avec perte de connaissance, en outre, petits accès très fréquents consistant dans des chutes brusques, le plus souvent sur le dos.

Le petit frère de ces deux malades présentés fut également atteint à la même époque, de fièvre qui ne dura que quinze jours et d'accès convulsifs, mais ne perdit pas la parole et guérit complètement.

Après analyse des symptômes cliniques F... s'arrête au diagnostic d'encéphalite, et notamment à la forme décrite par Leyden et Goldscheider sous le nom d'encéphalo-myélite disséminée.

Discussion. — M. Mouratoff croit qu'il s'agit ici d'une affection d'origine infectieuse: la longue durée de la fièvre peut bien tenir à la localisation du foyer dans le corps optique.

M. Korniloff pense que l'affection pourrait être d'origine post-infectieuse.

Le professeur Kojevnikoff croit à la possibilité d'une méningite cérébro-spinale avec localisation ultérieure dans l'écorce cérébrale.

Dr Préobrajensky. — *Deux cas de paralysies bizarres :*

P... présente deux malades (mère et fils) qui furent atteints simultanément à la suite d'un empoisonnement alimentaire. Le

lendemain de l'ingestion des aliments suspects on constata chez le fils la voix nasonée, des vertiges et une paralysie de tous les quatre membres. Actuellement le malade présente une diplopie avec ptosis double et parésie de tous les mouvements oculaires. Figure en masque, parésie de la langue et du voile du palais, de la déglutition et de la mastication ; parésie de tous les muscles, des membres et du tronc sans R. D. ; intégrité de la sensibilité, des réflexes rotuliens et des organes pelviens (les autres réflexes sont affaiblis), la température est normale. Après une aggravation passagère des symptômes bulbaires, les phénomènes commencent à s'améliorer. La mère présenta à peu près les mêmes symptômes morbides et en plus un nystagmus horizontal.

A noter que la personne chez laquelle ces deux malades étaient invités à dîner, fut prise du même genre de troubles.

L'auteur croit qu'il s'agit ici d'une polyencéphalite analogue à celle décrite par Oppenheim, par suite d'empoisonnement ptomaïnique.

A la *discussion* ont pris part MM. Kojevnikoff et Serbsky.

Dr Stoupine. — *Des problèmes de l'organisation régulière du travail chez les aliénés.*

Après une étude approfondie de la littérature de la question. S... arrive à conclure que l'organisation du travail régulier dans les asiles des aliénés s'impose sur la plus large échelle, comme mesure à la fois hygiénique et thérapeutique.

Secrétaires des séances : S. Rossolimo, V. Mouravieff.

Séance du 30 *avril* 1899.

M. Rossolimo présente de nouveau la malade, atteinte de *névrite parenchymateuse subaiguë* (troisième attaque, à la suite des couches) greffée sur le terrain d'une *polynévrite interstitielle hypertrophique progressive infantile* (Déjerine), malade présentée à la société il y a deux mois. Actuellement, bien que l'affection fondamentale persiste (même hypertrophie des troncs nerveux) les phénomènes morbides sont en grande partie bien atténués : la malade marche sans être soutenue ; l'ataxie est peu prononcée, la force motrice a augmenté, l'anesthésie est faible et peu étendue. Les autres symptômes (voir la *séance du* 19 *février* 1899) sont restés *in statu quo*.

Professeur Roth et Dr Ivanoff. — *Trois cas de cysticerques du cerveau :*

Observation I. — Chaudronnier, âgé de trente-six ans. Malade depuis quatre ans. Souffre d'accès de trois espèces : 1° accès épileptiformes généralisés ; 2° accès partiels à forme corticale, consistant en secousses convulsives du bras droit avec inclinaison forcée de la tête à droite ; 3° accès d'aphasie passagère avec tiraillements de la langue du côté droit. En outre céphalées accompagnées sou-

vent de nausées et de vertiges. Nombreuses tumeurs sous-cutanées formées par des cysticerques, du volume d'un petit pois ou d'une noisette. Le malade est présenté à la Société.

Observation II. — Gardien d'usine, âgé de quarante-huit ans, alcoolique. Accès épileptiformes généralisés à partir de l'année 1894 se répétant à intervalles éloignés. Depuis peu de temps accès de convulsions partielles au bras droit, à la face et à la langue du côté droit avec aphasie simultanée. Mort en état de mal épileptique qui a duré six heures. A l'*autopsie* on a trouvé sous la pre-mière cérébrale douze cysticerques, en partie calcifiés, en partie encore vivants; l'un de ces cysticerques a l'aspect du soi-disant « cysticercus racemosus ». Dans le voisinage des cysticerques on constate les phénomènes d'une réaction inflammatoire plus ou moins nettement accusée.

Quelques-uns des vésicules sont contenus dans une capsule fibreuse consistante. La substance cérébrale est hypérémiée et œdémateuse ; les ventricules sont dilatés. (*Présentation des pièces anatomiques.*)

Observation III. — Ancien soldat, âgé de quarante-sept ans. Souffre depuis vingt ans d'accès épileptiformes, se répétant une ou deux fois par an. A l'*autopsie* on trouve à la surface convexe de l'hémisphère droit des cysticerques du volume d'une petite noisette, cause vraisemblable des accès convulsifs.

Les auteurs attirent l'attention sur l'absence totale de phénomènes chez la plupart des malades atteints de cysticerques du cerveau complètement développé, sur la diversité du caractère des accès convulsifs chez le même malade, et enfin sur la rareté des phénomènes d'abolition des fonctions cérébrales. Les symptômes cérébraux irritatifs marchent probablement de pair avec l'intensité de la réaction inflammatoire du voisinage de la tumeur ; ils relèvent sans doute de celle-ci.

Discussion. — M. Minor relate un cas de cysticerques multiples observé par lui et qui évolua sous la forme d'une myélite par compression à marche rapide, sans aucuns symptômes cérébraux. On constata sous la peau la présence de nombreuses petites tumeurs vésiculaires à cysticerques. L'*autopsie* révéla la présence d'un énorme cysticerque sous la pie mère médullaire, au niveau de la région dorsale de la moelle ; en outre les ventriculaires cérébraux contenaient toute une colonie de cysticerques libres.

M. Mouratoff, vu que les symptômes cérébraux font défaut pendant la première phase de l'immigration des cysticerques et n'apparaissent que dans les phases ultérieures, croit pouvoir en conclure que la cause de ces symptômes réside dans la dégénération de l'écorce cérébrale.

M. Kojewnikoff pense que les phénomènes cérébraux orageux et

graves qui éclatent brusquement dans les cas de cysticerques peuvent être mis sur le compte des mouvements actifs de ceux-ci ; la réaction inflammatoire du voisinage joue naturellement aussi un rôle important dans la pathogénie de ces troubles.

Des remarques ont été faites par MM. Korniloff et Minor.

M. Minor. — *Le groupe péronier des traumatismes médullaires* (Die Peronealgruppe der Rückentraumen).

En se basant sur quelques données de la littérature et sur ses observations personnelles, M... essaie de différencier un groupe particulier de lésions médullaires, caractérisées principalement par l'affection du nerf musculo-cutané (peroneus). La localisation présumée de l'affection se trouve dans ces cas immédiatement au-dessus du cône médullaire.

Observation I. — Homme âgé de quarante-cinq ans. Chute d'une hauteur de trois mètres. Immédiatement après l'accident paraplégie inférieure complète, douleurs, abolition des réflexes rotuliens ; intégrité des sphincters. Au bout de trois mois, guérison complète à l'exclusion du nerf péronier gauche qui reste paralysé. La prédominance des douleurs et l'unilatéralité de la paralysie du péronier font admettre qu'il s'agit dans ce cas d'une lésion de la queue de cheval.

Observation II. — Homme âgé de trente-deux ans. Chute d'une hauteur de deux mètres sur la fesse droite. Douleurs aiguës d'intensité croissante pendant les premiers jours et paraplégie motrice. Amélioration consécutive avec persistance de la paralysie des nerfs péroniers (musculo-cutanés), notamment du côté gauche, où l'on constate aussi de l'hypoesthésie dans le domaine de ce nerf. Les sphincters sont intacts.

Diagnostic : Lésion de la queue de cheval, principalement à la hauteur de la première et de la deuxième racines sacrales.

Observation III. — Homme âgé de trente-cinq ans. Chute de la hauteur du 3e étage. Parésie bilatérale très accusée dans le domaine du plexus sacral et du nerf musculo-cutané. Troubles de la sensibilité très prononcés aux jambes et aux pieds, à dissociation syringomyélique, sauf à la plante du pied gauche où l'anesthésie est complète. Les réflexes rotuliens sont intacts. Les sphincters, touchés pendant le premier temps, redeviennent normaux. Pas de douleurs. Le malade quitte l'hôpital au bout de deux mois après l'accident avec paralysie bilatérale des nerfs péroniers.

Diagnostic: Hématomyélie centrale immédiatement au-dessus du cône médullaire.

Observation IV. — Homme âgé de dix-huit ans fait un faux pas et tombe. Paralysie croissante des deux jambes ; plus tard amélioration progressive. Il reste une paralysie complète du nerf musculo-cutané du côté droit et une légère parésie dans le domaine

du même nerf du côté gauche. L'excitabilité électrique est profondément troublée. Hypoesthésie thermique aux régions postéro-externes des deux jambes et aux plantes des pieds. Les sphincters et les réflexes rotuliens sont intacts.

Diagnostic : Lésion probablement combinée et limitée (hématomyélie) de la moelle épinière et de la queue de cheval au niveau de l'émergence de la première et de la deuxième racine sacrée.

Observation V. — Homme âgé de dix-neuf ans, tombé d'une hauteur de 14 mètres. Nombreuses contusions et fractures. Paraplégie inférieure complète. Douleurs violentes au sacrum et aux jambes. Rétention d'urine. Amélioration notable à partir de la troisième semaine, mais on note encore une parésie très accusée dans le domaine du plexus sacral, notamment des muscles fessiers et une paralysie complète des deux nerfs musculo-cutanés. Au bout de deux mois, le malade commence à marcher; sa démarche a le type nettement péronier, plus balancement dans le bassin et lordose (paralysie des fessiers). Abaissement de l'excitabilité électrique dans le domaine du plexus sacral et R. D. dans le domaine des nerfs jambiers antérieurs, surtout du côté droit. Abaissement considérable de la sensibilité thermique dans le domaine des deux nerfs musculo-cutanés, principalement du côté gauche.

Diagnostic : Hématomyélie centrale au niveau de la première et de la deuxième racine sacrée.

Discussion. — M. Mouravieff a observé plusieurs cas de lésions médullaires du même type à évolution chronique.

M. Lountz relate deux observations personnelles analogues.

M. Kojevnikoff montre que l'essai de M. Minor peut avoir une grande valeur dans la symptomatologie des affections de la moelle épinière. M. Korniloff prend part à la discussion.

Dr W. Mouravieff. — *Un cas d'apoplexie médullaire* (avec présentation du malade). — Cocher, âgé de trente-neuf ans, toujours bien portant. Pas de syphilis. Abus de boissons à partir de l'âge de vingt-quatre ans. Il y a quinze ans, chute grave avec perte de connaissance pendant une demi-heure et grande faiblesse générale consécutive pendant un mois. La maladie actuelle débuta au commencement de décembre 1896, en pleine santé apparente, par une faiblesse et une paralysie brusque des deux bras. Il n'y eut ni vertige, ni faiblesse des jambes. A l'examen, on constate une paralysie complète des extenseurs de l'avant-bras des deux côtés, mais plus prononcée à droite. Parésie incomplète des fléchisseurs. Certaine faiblesse des muscles de l'épaule. Parésie très prononcée des muscles qui ont pour fonction de rapprocher l'omoplate gauche vers la colonne vertébrale. En même temps, on constate de l'atrophie musculaire et de l'abaissement de l'excitabilité électrique, en pro-

portion directe avec le degré de la paralysie des muscles correspondants. Hypoesthésie légère, tactile et douloureuse aux paumes de la main ; certaine hypoesthésie thermique aux deux phalanges terminales des trois derniers doigts de la main gauche. Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont exagérés ; le réflexe rotulien est très abaissé du côté droit, et exagéré à gauche ; les réflexes abdominal et crémastérien sont plus prononcés du côté droit que du côté gauche. Les organes internes sont intacts.

L'apparition brusque des paralysies, la bilatéralité et le caractère segmentaire de la lésion, dans l'absence de toute cause d'embolie doit faire penser à une hémorragie médullaire, notamment sur l'étendue du cinquième segment cervical jusqu'au premier dorsal inclusivement. Il s'agit sans doute d'une hématomyélie à forme tubulaire, ayant intéressé principalement les groupes antérieur et interne des cellules des cornes antérieures ; les cornes postérieures ne sont presque pas intéressées, puisque les troubles de la sensibilité sont insignifiants. Il conviendrait peut-être, d'après M., de désigner ces cas sous le nom d'*hématomyélie antérieure*, en parallèle avec la poliomyélite antérieure.

MM. Versiloff, Kojevnikoff, Mouratoff et Rossolimo prennent part à la discussion.

Dr Popoff. — *Contribution à la casuistique de la maladie de Basedow.*

P... relate deux observations de goitre exophtalmique avec *hémorragies de divers organes au cours de la maladie*. La première malade, âgée de trente-huit ans, a présenté tous les symptômes classiques de Basedow, et en outre des hémorragies fréquentes de l'utérus (la sphère génitale est normale), des gencives, des lèvres, du nez et de nombreuses ecchymoses sous-cutanées. Au bout de deux mois de traitement, tous les symptômes basedowiens se sont amendés, et en même temps les hémorragies ont cessé. — La deuxième malade présente la forme fruste de la maladie de Basedow, masquée par de multiples et fréquentes hémorragies de l'utérus, du nez et de la gorge. La malade ne se plaint que de ces hémorragies. On trouve en outre divers symptômes d'hystérie. En présence des hémorragies variées sans cause locale apparente, P... eut l'idée de rechercher les symptômes de Basedow, et effectivement il constata une hypertrophie de la glande thyroïde, une tachycardie, un tremblement généralisé et une sensation de chaleur dans tout le corps. L'intérêt de cette dernière observation réside purement dans ce que le symptôme « hémorragies », qui passe pour un symptôme relativement rare de la maladie de Basedow, a pu servir de point de départ pour diagnostiquer la forme fruste de cette affection.

Discussion. — M. Postowsky fait remarquer que la deuxième malade de P... était sujette à des hémorragies dès l'enfance.

M. Kojevnikoff pense que le rapport causal entre les hémorragies et le goître exophtalmique n'est pas suffisamment élucidé dans les observations de M. Popoff.

Secrétaires des séances : A. Bernstein ; N. Versiloff.

Séance du 14 mai 1899.

A. Bemstein. — *Contribution à la symptomatologie des signes physiques des maladies mentales.* (Communication préalable.)

Quand on porte avec le bout du doigt ou du marteau percuteur un petit coup sec sur un muscle en état de relâchement, il se forme parfois à l'endroit de la percussion, en même temps avec la contraction fibrillaire habituelle ou en dehors de celle-ci, un bourrelet dont l'axe long est perpendiculaire à la direction des fibres musculaires (myoïdème, idiomusculære Wulst). B... a examiné ce phénomène sur le biceps de 125 aliénés. Le phénomène était nettement prononcé dans 44 cas sur 46 de *démence précoce* (Kraepelin), dans les 28 cas examinés *de paralysie générale*, dans 8 cas *d'imbécillité congénitale*. Il manquait dans les 5 cas examinés *d'amentia* (Meynert) etdans 6 cas sur 11 de psychoses émotives (dans les autres 5 cas de ces psychoses le bourrelet n'apparaissait qu'à la suite des percussions répétées et disparaissait immédiatement). Les recherches parallèles faites sur des malades atteints de diverses affections nerveuses ont permis de constater la présence de ce phénomène dans tous les cas examinés d'*épilepsie* (8 cas), de *syphilis cérébro-spinale* (6 ca), d'affections diverses du *neurone moteur* (névrite multiple, amyotrophie spinale, etc.) et de *tabes dorsalis*. Le phénomène faisait défaut dans les *hémiplégies* cérébrales (8 cas), du côté malade, comme du côté sain et dans l'*hystérie* (4 cas). Les recherches faites sur 10 personnes bien portantes ont toutes donné un résultat négatif.

Discussion. — M. Mouratoff croit que la valeur du phénomène en question est très incertaine tant au point de vue théorique que pratique, puisqu'on l'observe indifféremment dans nombre d'affections organiques et fonctionnelles du système nerveux, et dans les états d'épuisement général. Le rapport de ce phénomène avec l'affection du premier neurone moteur est douteux. Le bourrelet musculaire tient plutôt à l'altération du tissu musculaire lui-même. L'existence de la démence précoce, comme forme autonome, n'est pas encore suffisamment démontrée, et en tout cas la présence du phénomène de bourrelet musculaire ne peut servir de preuve d'autonomie de cette affection.

M. Korniloff dit que les nombreuses recherches qu'il a faites pour élucider les conditions du phénomène de bourrelet musculaire l'ont amené à des conclusions fermes. Le muscle qui se prête mieux à l'étude de ce phénomène est le deltoïde.

M. Serbsky fait remarquer que le nombre de recherches fait par Bernstein sur des personnes normales est insuffisant.

En outre, ont pris part à la discussion : MM. Rybakoff, Jakowenko, Kojevnikoff et Postowsky.

M. Lioubouchine. — *Un cas de démence organique chez une femme hystérique* (avec présentation de la malade).

Couturière, âgée de vingt-huit ans, issue d'une famille d'alcooliques et dont une sœur est hystérique. Depuis la puberté, caractère hystérique. En 1896, trois semaines avant ses couches, éruption généralisée et rhinite persistante (syphilis ?). Quinze jours après les couches, première attaque hystérique Dix-huit mois plus tard, deuxième attaque. A partir du printemps 1898, les accès se répètent par séries. Chaque accès est suivi d'excitation avec confusion mentale et hallucinations, parésies passagères des membres supérieurs, parfois délire de possession. Surdité. A l'examen, fait à l'entrée de la malade, le 8 décembre 1898, on constate l'absence des réflexes rotuliens, symptôme de Romberg peu prononcé. La parole et les pupilles ne présentent rien d'anormal. Analgésies de tout le corps, sauf le plan du front. Absence des réflexes pharyngés et plantaires. Surdité bilatérale (l'examen objectif des oreilles donne un résultat négatif). L'humeur est très variable, l'intelligence est intacte. Jusqu'au 9 décembre, la malade eut six attaques. A partir de ce jour survient une série d'accès apoplectiformes et épileptiformes avec hémiparésies passagères ; affaiblissement progressif de l'intelligence, inégalité pupillaire, trouble paralytique de la parole, assymétrie faciale. L'état de démence apathique est rarement remplacé par des hallucinations avec excitation et délire de possession.

L... fait remarquer que la paralysie générale chez les hystériques porte un cachet spécial qui dénote bien la présence de l'hystérie.

Ont pris part à la *discussion :* MM. Roth, Kojevnikoff et Mouratoff.

M. Moltschanoff. — *Contribution à l'étude des affections blennorrhagiques du système nerveux* (avec présentation de planches et de préparations microscopiques).

Après avoir indiqué l'insuffisance de nos connaissances actuelles relatives à la question de la pathogénie des affections blennorragiques du système nerveux, M... expose les résultats des expériences qu'il a entreprises pour élucider le mécanisme de l'action du gonocoque de Neisser et de sa toxine sur le système nerveux des animaux : souris blanches, cobayes et lapins. La toxine gonococcique, employée par M., était extraite des cultures ensemencées dans un milieu liquide (une partie de bouillon et une partie de liquide de l'hydrocèle de l'homme), chauffées à 70° C. pendant un quart d'heure.

L'intoxication chronique se manifestait par les phénomènes

suivants : 1° chez les cobayes, à partir de la troisième semaine de l'injection, on observe une exagération des réflexes tendineux, surtout de l'arrière-train ; à la fin du premier mois et au commencement du deuxième, les réflexes disparaissent, pour réapparaître au commencement du troisième mois ; à la fin du premier et au commencement du deuxième mois apparaissent des parésies et des paralysies, principalement dans les extrémités postérieures, accompagnées d'atrophies musculaires ; 2° chez les lapins tous ces phénomènes se font jour un peu plus tard et sont moins prononcés, mais on observe plus souvent un trouble du sens musculaire des extrémités postérieures.

L'examen microscopique du système nerveux de 25 cobayes et de 20 lapins ayant subi l'intoxication gonococcique a conduit M... aux conclusions suivantes :

1° La toxine gonococcique produit dans le système nerveux des altérations bien nettes et bien déterminées ;

2° Ces altérations, dans les cas d'intoxication aiguë, intéressent principalement les cellules des cornes antérieures : chromatolyse partielle ou généralisée, formation de vacuoles avec atrophie consécutive de certaines cellules, etc., phénomènes qui ne présentent du reste rien de spécial pour la toxine blennorragique. Ces altérations sont le plus prononcées chez les cobayes ;

3° Les cellules des ganglions spinaux subissent des altérations analogues, mais un peu plus tard. Les cellules de l'écorce cérébrale, des grands ganglions et des noyaux des nerfs craniens sont le moins atteintes ;

4° A côté des altérations cellulaires, on trouve une hypérémie des méninges cérébrales et surtout médullaires, et une hypérémie de la substance grise médullaire avec parfois des hémorragies à l'intérieur de celle-ci ;

5° Le degré d'intensité de toutes ces altérations est proportionnel à la quantité de toxine injectée ;

6° A partir de la troisième semaine chez les cobayes et de la quatrième chez les lapins apparaissent des symptômes de névrite dégénérative plus ou moins nettement prononcée ;

7° A la fin du deuxième mois, et parfois même plus tard, se développent des lésions dégénératives des racines postérieures et des cordons postérieurs de la moelle.

La communication de L... a été accompagnée de démonstrations micro-photographiques.

Discussion. — M. Roth a observé dans les intoxications des altérations des capillaires. Des remarques ont été faites par Jakowenko, Mouravieff, Korniloff, Soukhanoff, Kojewnikoff.

Secrétaires des séances : G. Rossolimo ; N. Versiloff.

BIBLIOGRAPHIE.

IX. *Le Syndrome de Little : sa valeur nosologique; sa pathogénie;* par le Dr R. Cestan.

M. R. Cestan aborde, dans sa thèse inaugurale, deux questions connexes de pathologie nerveuse, mises à l'ordre du jour en ce moment, un peu partout : valeur nosologique du syndrome de Little, et physiologie pathologique de la contracture vraie ou organique.

Le travail commence par une mise au point des théories pathogéniques du syndrome de Little; elles peuvent se grouper en théories dualistes et en théories unicistes. Les *dualistes* (Seeligmüller, Förster, Rupprecht, Naef, Pierre-Marie, Brissaud, van Gehuchten) y voient une maladie véritable, autonome, indépendante des autres diplégies infantiles. C'est la dégénération primitive et isolée du faisceau pyramidal due à la naissance avant terme. C'est une paraplégie spasmodique et congénitale des quatre membres, plus prononcée aux membres inférieurs, appartenant en propre aux enfants nés avant terme, caractérisée par l'état spasmodique plus que par la paralysie, ne se compliquant ni de phénomènes convulsifs, ni de troubles intellectuels, et susceptibles sinon d'une guérison complète, du moins d'une amélioration progressive (Brissaud). C'est une affection d'origine médullaire, exclusivement due à l'absence de faisceaux pyramidaux dans la moelle épinière, à cause de la naissance avant terme (van Gehuchten). Les *unicistes* (Ross, Wolters, Osler, Mac Nutt, Sachs, Freud, Raymond, Massalongo), considèrent l'affection décrite par Little comme un simple syndrome faisant partie du grand groupe des diplégies cérébrales, au même titre que l'hémiplégie spasmodique, l'hémichorée congénitale, l'hémiathétose, l'athétose double, etc. L'auteur défend cette dernière doctrine, en s'appuyant sur de nombreux documents personnels, empruntés à la clinique du professeur Raymond ou au service de M. Bourneville à l'hospice de Bicêtre.

Sur le terrain de l'observation clinique, l'étiologie et les symptômes de la maladie de Little n'ont aucune spécificité. Accouchements prématurés ou laborieux, simples convulsions, intoxications héréditaires (syphilis ou alcoolisme) : voilà autant de causes étiologiques qui se rencontrent au début de la maladie de Little, comme au début des diplégies cérébrales proprement dites. La spasticité, la paralysie, les troubles intellectuels, les mouvements

choréiques, athétosiques ou simplement post-hémiplégiques : voilà autant de symptômes qui peuvent s'associer dans le syndrome de Little, comme dans les autres diplégies. Bref, en clinique, tous les intermédiaires existent ; c'est une suite ininterrompue de formes symptomatiques, depuis la simple rigidité jusqu'à la paralysie avec idiotie totale. Il n'est pas possible d'isoler une maladie qui serait caractérisée uniquement par la rigidité spastique congénitale.

L'anatomie pathologique vient, d'ailleurs, renforcer cette conclusion uniciste, basée sur les observations cliniques. L'auteur commence logiquement son étude par des recherches originales, fort intéressantes, sur le développement et le parachèvement du faisceau pyramidal : recherches qui complètent, tout en les modifiant sur plusieurs points, les données publiées par Hervouet en 1884. A la naissance, le faisceau pyramidal est très spécial par la finesse de ses cylindres-axes, par la gracilité de ses gaines myéliniques, enfin par le faible développement du stroma névroglique contrairement à l'opinion d'Hervouet. Ces notions d'histologie normale permettent à M. R. Cestan de préciser avec plus de netteté que les auteurs précédents, toutes les formules pathologiques, qu'on peut rencontrer au niveau du faisceau pyramidal; il étudie successivement la simple dysgénésie, la sclérose dense, l'agénésie totale. Le matériel d'examen est considérable puisqu'il comprend 15 cas, examinés aux principaux niveaux de la moelle, du bulbe et de la protubérance, parfois même dans les circonvolutions rolandiques, avec toutes les méthodes usitées en histopathologie nerveuse (Weigert, Pal, Nissl, Marchi, etc.). La conclusion est que le faisceau pyramidal se trouve atteint de façon très variable dans la maladie de Little. De plus, il existe toujours une lésion cérébrale, mais très variée de siège, de nature et d'intensité. En résumé, *il n'y a pas une lésion unique*, ainsi que l'exigent les partisans de la théorie dualiste.

Dans la deuxième partie de sa thèse, M. Cestan, reprenant les documents exposés plus haut, les fait servir à la discussion des nombreuses théories pathogéniques de la contracture organique. Nous ne saurions entrer dans le détail de toutes ces doctrines, dont quelques-unes sont classiques. L'argumentation, rigoureusement conduite, et les critiques faites avec beaucoup d'à-propos et de justesse, montrent aisément toutes les incertitudes qui empêchent une solution définitive. L'auteur, très sagement, avoue ses hésitations, tout en donnant ses préférences à la théorie d'Hitzig, modifiée par von Monakow.

Ainsi, très variés, mais connexes, sont les sujets que l'auteur aborde dans son travail inaugural. Sur chacun d'eux, M. Cestan a su donner sa note originale, basée sur des faits cliniques et anatomo-pathologiques, très heureusement choisis. Cette thèse

n'est donc pas seulement une mise au point, judicieusement conduite, des doctrines les plus récentes sur le syndrome de Little et sur la pathogénie de la contracture ; elle constitue, avant tout, une œuvre personnelle dans laquelle le lecteur aura beaucoup à prendre et à garder. Cl. PHILIPPE.

X. *Etude de la descendance des paralytiques généraux;* par le Dr L. WAHL. In-8°, Paris, Jouve et Boyer, 1898.

L'auteur ne prétend pas trancher cette question souvent abordée mais qui n'a jamais été traitée à fond, il a assemblé un choix de matériaux intéressants qui permettent d'esquisser d'importantes conclusions et amorcent de nouvelles recherches. Ce travail est donc surtout un copieux recueil de bonnes observations habilement classées et précédées d'une revue générale de tout ce qui a été dit à ce sujet. Les enfants de paralytiques généraux meurent souvent dès le bas âge, ce qui est facile à comprendre eu égard à la nature des causes de la maladie des ascendants : syphilis, alcoolisme et surmenage ; ils sont d'autre part prédisposés aux affections du système cérébro-spinal (paralysie infantile, affections convulsives), et à toutes les variétés des maladies mentales parmi lesquelles l'hérédité similaire est encore pour eux la plus rare. Enfin, chez les descendants de P. G. les maladies mentales les plus communes sont la dégénérescence à tous ses degrés depuis l'idiotie jusqu'à la simple instabilité. Les faits montrent que loin de n'être exposés qu'à l'hérédité congestive par opposition à l'hérédité vésanique, ces sujets sont sous le coup de toutes es maladies avec ou sans lésions du système nerveux.

P. BOISSIER.

VARIA.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA (nos 1 à 4, 1899).

Cette revue mensuelle, dont la forme et la langue sont celles de notre pays et qui constitue l'organe officiel de la Faculté de Médecine de Montréal, est riche en observations cliniques et en discussions casuistiques. Bien que le n° 1 ne contienne aucun travail se rapportant à la neurologie, je ne saurais le passer sous silence. Il débute, en effet, par une simple relation de voyage du Dr Saint-Jacques, intitulée « *Universités allemandes — Bonn* », — qui renferme surtout des observations et des critiques amicales dont a médecine française peut faire son profit.

Assise sur le Rhin, adossée au Vennsberg, Bonn est une ville charmante, mais Paris.....! La science allemande est admirable, mais nos savants français! Quel dommage qu'en France on ne rencontre point, avec des légions de professeurs et de *privat-docenten*, d'immenses laboratoires et instituts, comme à Bonn ou à Boston, où étudiants et praticiens trouvent pour travailler et arriver, toutes les bonnes volontés et toutes les commodités désirables. A Bonn, les hôpitaux, tous rassemblés autour de l'Université, sont *sous le contrôle exclusif du corps médical*. Les *gardes-malades sont diplômées et soumises à un enseignement gradué*. Le Dr Saint-Jacques a vu à l'œuvre la religieuse catholique et les gardes-malades laïques anglaises, américaines, françaises et allemandes. Il estime que « comme vrai dévouement la sœur de charité est au premier rang », mais à la condition d'avoir reçu un entraînement sérieux. *Il est heureux de constater qu'au Canada les religieuses commencent à se soumettre à un enseigmement professionnel*, pour devenir des gardes-malades « modernes ». — Mais quelle supériorité présente la nurse anglaise sur toutes les autres gardes-malades par la sollicitude constante et éclairée, pour le bien-être physique et moral — je ne dis pas religieux — des malades. L'Institut de pathologie de Bonn est colossal, ses collections sont riches, mais elles sont loin d'égaler les musées Dupuytren et Saint-Louis.

L'influence scientifique de l'Allemagne à l'étranger est considérable surtout parce que la plupart des médecins allemands parlent les langues étrangères, le français ou l'anglais — souvent les deux. « Si seulement en France, on se donnait la peine des langues étrangères, dit le Dr Saint-Jacques, quelle influence la science française à l'instar de l'art prendrait davantage à l'extérieur ! » — A bon entendeur, salut !...

Suicides d'enfants.

Sous ce titre : *Suicide d'un enfant de onze ans*, on écrit de Reims, au *Petit Parisien* :

« Il y a trois jours, un enfant de onze ans et demi, Adolphe Loth, demeurant chez son père, rue Jobert-Lucas, quittait la maison paternelle en disant qu'il allait se noyer. On prêta peu d'attention à ce propos, mais l'enfant n'étant pas rentré le soir, son père, inquiet, commença des recherches. On fouilla le canal dans la direction du pont de Saint-Brice, où des passants avaient vu l'enfant se diriger. Pendant deux jours les recherches restèrent sans résultat ; ce matin elles viennent d'aboutir. Le cadavre du malheureux enfant a été retrouvé dans le canal, exactement au même endroit où sa mère s'était suicidée il y a environ un an. On s'est souvenu alors que, depuis la mort de sa mère, Adolphe Loth

avait déclaré plusieurs fois qu'il irait « retrouver sa mère en mourant comme elle ». Il paraîtrait même qu'avant d'aller se jeter à l'eau le pauvre petit désespéré s'était rendu au cimetière et avait prié un instant sur la tombe de sa mère. »

— Un enfant de quatorze ans, le jeune Léon Gobin, garçon de ferme à Saint-Sylvain, près Angers, a tenté de mettre fin à ses jours en se tirant un coup de revolver dans la région du cœur ; il reste peu d'espoir de le sauver.

— A la suite d'une réprimande qui lui avait été faite par sa mère, le jeune Louis Auguié, âgé de douze ans, habitant Assier, près Cahors, s'est suicidé en se jetant sous les roues d'un train. (Le *Petit Parisien*, 14 août.)

Société médico-psychologique : Prix Belhomme fondé en 1882.

Prix triennal de 900 francs devant être décerné au meilleur travail sur *l'Idiotie*.

1885. — Moyens propres à développer la faculté du langage chez les idiots : Pas de mémoire.

1886. — De l'idiotie et en particulier des lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie : M. Bricon (1.200 francs).

1889. — Rechercher s'il existe des signes anatomiques, physiologiques et psychologiques propres aux criminels : Pas de mémoire.

1892. — De la vision chez les idiots et les imbéciles : MM. Bonnet, Marie, prix ; mention honorable : M. Armand Guibert.

1893. — De l'audition chez les imbéciles et les idiots : Mention très honorable avec 400 francs à MM. Bonnet et Marie.

1895. — Traitement hygiénique et pédagogique de l'idiotie (arriérés, débiles, imbéciles, idiots) : M. Boyer, prix (700 francs) ; M. Bonnet (100 francs), mention honorable.

1897. — Du langage chez les idiots : M. Bonnet, prix (400 francs); M. Maupaté, mention avec 200 francs.

1899. — Du système musculaire chez les idiots et de son éducation : M. Boyer, prix (450 francs) ; MM. Bonnet et Marie, mention honorable (avec 150 francs).

L'Alcoolisme.

Un drame dans un escalier. — Après avoir passé la soirée chez des amis, un ouvrier métallurgiste, M. Arthur Cateline, âgé de trente-huit ans, qui occupe un petit appartement dans un hôtel meublé tenu rue Basfroi par M. Lucadou, regagnait son domicile, vers onze heures du soir, lorsqu'il croisa dans l'escalier un de ses voisins, Jacques Drient, âgé de quarante ans, homme de peine. Ce dernier, alcoolique invétéré, sortait de chez lui faisant un vacarme épouvantable. L'autre s'effaça pour le laisser passer,

mais pris d'un subit *accès de fureur*, Drient s'élança sur lui et lui porta plusieurs coups de couteau, le blessant grièvement et à deux reprises au crâne.

Aux cris que poussait la victime, le logeur intervint, armé d'un solide nerf de bœuf. A sa vue, Drient lâcha son premier adversaire qu'il tenait à la gorge, et bondit sur lui l'arme haute. Une lutte terrible s'engagea, à l'issue de laquelle l'alcoolique s'affaissa poussant un cri sauvage et lâchant son arme. D'un coup de son terrible bâton, M. Lucadou lui avait brisé le bras droit. A demi assommé, grièvement blessé, Drient fut remis aux mains de gardiens de la paix qui le transportèrent à l'hôpital Saint-Antoine, où il sera soigné et gardé à la disposition de M. Leygonie, commissaire de police. Pendant ce temps, M. Cateline recevait dans une pharmacie voisine les soins nécessaires, puis sur sa demande était ramené à son domicile. (*Petit Parisien*, 16 août.)

— Rue Ilry, à Neuilly, le nommé Gelineau, rentrant *ivre*, voulut étrangler sa femme. Son fils Jules, seize ans, voyant sa mère en danger, tua son père d'un coup de couteau. Il a été arrêté. (*Bonhomme Normand*, 24 août.)

— *Accident en ivresse.* — A Croix, près Roubaix, un ouvrier maçon nommé Joseph Erny, âgé de trente-trois ans, en état *d'ébriété*, voulut monter sur un tombereau en marche ; il s'y prit si maladroitement qu'il tomba à califourchon sur le treuil et fut pour ainsi dire empalé sur un crochet qui dépassait. L'infortuné a été transporté à l'hôpital dans un état désespéré. (*Petit Parisien*, 25 août).

— *Tentative d'assassinat par une prostituée ivrognesse.* — Un crime analogue à celui qui a ensanglanté il y a huit jours la commune de Saint-Pol a failli se produire cour Codron, dans la rue des Passerelles. Une fille de *mauvaise vie, ivrognesse invétérée*, Léontine Pépin, a essayé de trancher la gorge de son amant avec un rasoir. Le malheureux qui a pu se dégager en a été quitte pour une affreuse balafre. Léontine Pépin qui était devenue subitement folle a été conduite à l'hôpital où se trouve déjà la femme Elisa Joachim, cette mégère qui a décapité son mari avec un rasoir. (*Petit Parisien*, 27 août.)

— Dans un *accès alcoolique*, la veuve Perrine Kerboul, âgée de cinquante ans, demeurant rue de Sébastopol, à Brest, s'est ouvert la gorge avec un couteau ; la mort a dû être presque immédiate. (*Petit Parisien*, 27 août.)

— *Délire alcoolique et suicide.* — Un soldat du 115e de ligne, nommé Delaunay, de la classe 1895, qui venait d'avoir une discussion avec un caporal, s'est dans un *accès de délire alcoolique*, précipité d'une fenêtre du deuxième étage dans la cour de la caserne

Ernouf, à Alençon. La mort a été instantanée. Ce malheureux était marié. (*Petit Parisien*, 3 sept.)

— *Ivrognesse suicidée dans un violon.* — Une journalière nommée Feron, âgée de trente-six ans, demeurant 68, rue d'Albanie, au Havre, arrêtée pour *ivresse* place Notre-Dame, s'est pendue, à l'aide de son mouchoir, dans le violon du poste de la rue des Drapiers. Malgré tous les soins qui lui ont été prodigués, cette fille n'a pu être rappelée à la vie.

— *Ivrogne incendiaire.* — Le Parquet de Saint-Brieuc s'est transporté à Pléhedel et a mis en état d'arrestation le nommé Yves Boscher, journalier, âgé de quarante et un ans. Ce triste individu, *ivrogne* et *paresseux*, est inculpé d'*incendie volontaire*, de vols, d'*outrages publics à la pudeur* et attentats sur la personne de ses enfants qu'il forçait à mendier, les rouant de coups quand ils ne lui rapportaient pas d'argent pour boire. Boscher a été écroué à la maison d'arrêt de Saint-Brieuc. (*Petit Parisien*, 8 sept.).

Les aliénés en liberté.

Egorgé par sa femme. — Un terrible drame s'est déroulé la nuit dernière, à Saint-Pol-sur-Mer, près Dunkerque. Une femme de soixante-huit ans, Elisa Joachim, née Menez, a, d'un coup de rasoir, tranché la gorge de son mari, Antoine Joachim, âgé de soixante-dix ans ; la mort a été instantanée, la tête ne tenait plus que par les vertèbres.

La coupable est allée raconter son crime dans une boulangerie et dans une épicerie voisines. Arrêtée peu après, cette femme a déclaré qu'elle avait tué son mari parce que ce dernier la trompait avec une de ses voisines. Cette allégation est fausse. Très méchante, la femme Joachim, qui était atteinte de la *folie de la persécution*, rendait la vie très dure à son mari ; ce dernier était un brave et courageux ouvrier qui travaillait depuis quarante ans à la filature Dickson. « C'est Dieu qui a voulu que je tue mon mari, a déclaré la mégère. » (*Petit Parisien*, 21 août.)

— *Une folle.* — Une dame de cinquante-cinq ans, appartenant à une honorable famille des environs de Rennes, s'est présentée hier soir devant le commissaire central, lui demandant une carte d'entrée au conseil de guerre, afin, a-t-elle déclaré, « de pouvoir tuer Dreyfus ». Cette femme, qui avait sur elle une somme de 700 francs, a été gardée à la disposition de la justice. Il est inutile de dire qu'elle ne paraît pas jouir de la plénitude de ses facultés. La famille a été avertie. (*Petite Gironde*, 21 août.)

— Au village de la Chabanne, commune d'Anville (Charente), Mme Gaschet, âgée de cinquante et un ans, s'est *suicidée* en se

tirant un coup de fusil sôus le menton. *Depuis quelque temps* la pauvre femme donnait des *signes de dérangement cérébral.*

— Le nommé Léandre Gesse, âgé de vingt-quatre ans, marin à la Chaume, s'est pendu à un cormier à l'endroit dit « la Pièce-Franche », commune du Château d'Olonne, en face la demeure de sa fiancée. Ce jeune homme était atteint de la *monomanie du suicide.* (*Petit Parisien*, août.)

— La nommée Marie Montandre, âgée de soixante ans, demeurant à Aubeterre, près Barbezieux, vient de mettre fin à ses jours en se pendant dans sa chambre à coucher. La malheureuse avait, paraît-il, manifesté à plusieurs reprises l'intention de se suicider. (*Petit Parisien*, 12 sept.)

— *Suicide.* — Une malheureuse femme de cinquante et un ans, *qui ne jouissait pas de ses facultés mentales depuis quelque temps.* Marie Ferret, épouse Gaschet, cultivatrice à La Chabagne, commune d'Anville, a mis fin à ses jours en se tirant un coup de fusil sous le menton. (*Petite Gironde*, 15 sept.)

Les épileptiques et les idiots.

Un jeune homme de dix-huit ans, Maurice Cotilleau, demeurant aux Aubiers, près Niort, s'étant rendu à une mare située non loin de la maison paternelle, dans le but de s'y livrer à la pêche, s'y est noyé ; on suppose que le malheureux aura été pris d'une crise d'*épilepsie.* (*Petit Parisien*, 2 sept.)

— *La haine de l'argent.* — Un pauvre idiot d'une quinzaine d'années, Théodore Gueurlinger, demeurant chez son oncle, 4, rue des Tanneries, était affecté depuis quelque temps d'une *manie* d'un genre tout spécial. Il avait acquis, on ne sait pour quelle raison, une haine féroce de l'argent, dont la seule vue le rendait furieux, et plusieurs fois on dut l'empêcher de déchirer les billets de banque qu'il découvrait dans les meubles de son oncle. Plusieurs fois aussi on le surprit jetant à l'égout les pièces de billon qu'il recevait de part et d'autre pour des commissions. Cette lubie vient d'avoir pour les parents de Théodore Gueurlinger une conséquence des plus fâcheuses. Il y a trois jours, l'idiot parvenait à ouvrir une armoire et dérobait les valeurs qu'elle contenait : deux billets de banque de mille francs chacun, un reçu de mille francs du Crédit foncier et une somme d'environ 150 francs en or. Ne trouvant pas le moyen pratique de faire disparaître cet argent abhoré dans le voisinage, l'infirme partit en campagne, cherchant un endroit sûr. Il se rendit d'abord dans la plaine de Gentilly, où il déchira les billets de banque et le reçu du Crédit foncier, dont les fragments furent retrouvés par des passants qui les portèrent au commissa-

riat de police. Puis, rentrant dans Paris, le malheureux, arrivé place Saint-Sulpice, engloutit dans un distributeur automatique les 150 francs en or qui lui restaient.

Un agent, qui le voyait accomplir cette excentricité avec une stupéfaction bien compréhensible, l'arrêta alors et le conduisit malgré ses protestations véhémentes, chez M. Yendt, commissaire de police, où se trouvait déjà son oncle angoissé. Après explications, Théodore Gueurlinger a été envoyé par le magistrat à l'infirmerie spéciale du Dépôt, où il subira un examen médical. Les fragments de billets de banque et l'or jeté dans le distributeur de la place Saint-Sulpice ont été restitués à leur propriétaire. (*Petit Parisien*, 15 sept.)

Enfants malades : voleurs et incendiaires.

Voleur précoce. — Ces jours derniers, M. Dagiral, cordonnier à Sainte-Même, près Châteauneuf, constatait la disparition de sa montre, qu'il tenait suspendue au mur, dans son atelier.

Il s'enquit des personnes qui avaient pénétré chez lui et se rappela avoir eu la visite d'un petit bambin de onze ans, Joseph F..., qui était venu faire mettre des clous à ses souliers. Comme l'enfant a déjà une très mauvaise réputation, les soupçons se portèrent immédiatement sur lui, et, en le fouillant, on découvrit la montre cachée dans ses vêtements.

Les parents du petit voleur, de fort braves gens, sont dans la désolation et sont des premiers à demander son internement dans une maison de correction, se jugeant impuissants à le corriger et mettre un frein à ses instincts précoces de dépravation. La gendarmerie de Châteaneuf a ouvert une enquête et dressé procès-verbal. (*Petite Gironde*, 12 août.)

Ce n'est pas à la maison de correction qu'il faudrait envoyer ce petit *malade*, mais dans une *asile-école*, organisé comme les sections d'enfants de Bicêtre, de la Salpêtrière, de Vaucluse, de l'asile de la Roche-sur-Yon. *Tous* les départements devraient avoir des *asiles-écoles* pour les enfants idiots, nerveux, épileptiques et pervers.

— La *Petite Gironde* du 23 août a publié une dépêche d'Angoulême ainsi conçue :

La fillette Madeleine B..., âgée de sept ans, auteur de l'incendie de Saint-Estèphe, a été écrouée à la maison d'arrêt d'Angoulême.

Lors d'une excursion récente en Eure-et-Loir, nous avons eu communication du fait suivant dont on nous a montré l'auteur.

— A Faverolles (Eure-et-Loir) un enfant imbécile, âgé de huit ans, fils d'un père ivrogne et d'une mère débauchée, a mis le feu, en août, à une meule de blé. Quelques mois auparavant, il avait mis le feu chez ses parents. Si, après le premier incendie on avait placé cet enfant dans un asile-école (l'instituteur de la commune n'en peut rien faire), on n'aurait pas eu le second incendie. Avant de prendre cette mesure on attend probablement un troisième sinistre.

Maires et préfets sont aussi coupables les uns que les autres. Il y a aussi des responsabilités plus hautes.

FAITS DIVERS.

Les aliénés en liberté. — M. A..., commandant en retraite, donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale ; sa femme avait introduit contre lui une instance en divorce. Hier matin, alors que les avoués procédaient à l'inventaire, M. A..., s'est frappé au ventre avec un couteau. Il a été transporté à l'hôpital du Mans. On pense que ses blessures ne sont pas mortelles. (*Petit Parisien.*)

— Le nommé Geneix, de Pons, âgé de vingt-trois ans, a été conduit à la maison d'aliénés de Lafond. Pris d'un accès terrible, il avait tout brisé chez lui. Plusieurs dévoués amis l'ont conduit au chemin de fer ; ce malheurenx disait qu'il allait voir Dreyfus à Paris. (*Petite Gironde*, 21 août.)

Suicide par injection sous-cutanée. — Un brocanteur, M. Henri Boulé, âgé de quarante-trois ans, demeurant 83, rue de Seine, a mis fin à ses jours, hier soir, d'une façon étrange. Il se trouvait dans un débit de vins situé au n° 81 de la rue de Ménilmontant, quand soudain on le vit se piquer au bras droit avec une seringue dite « seringue de Pravaz » et s'abattre aussitôt lourdement sur le sol.

Le malheureux fut transporté dans une pharmacie voisine, mais tous les soins étaient inutiles, car il ne tarda pas à rendre le dernier soupir. M. le Dr Viciot qui, avec M. Girard, commissaire de police, a procédé aux constatations d'usage, n'a pu déterminer d'une façon précise la nature du poison dont s'est servi le désespéré. Les motifs de ce suicide sont inconnus. M. Girard a fait transporter le cadavre au domicile du défunt. (*Petit Parisien* du 27 juillet).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BOURNEVILLE. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* (Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour 1898), publiées avec la collaboration de MM. Cestan, Chapotin, Katz, Noir (J.), Philippe, Sébileau et Boyer. — T. XIX de la collection. — Un fort volume in-8° de LXXXVII-234 pages, avec 13 figures dans le texte et 13 planches hors texte. — Prix : 7 francs. — Pour nos abonnés : 5 francs. — Bureaux du *Progrès médical.* — Prix de la *Collection complète :* 100 francs.

COULONJOU (E.). — *De l'assistance des buveurs par l'internement dans un asile spécial.* — Volume in-8° de 88 pages. — Toulouse, 1899. — Imprimerie Marquès et Cie.

COLONIE NATIONALE D'ALIÉNÉS (le nouvel asile des portes ouvertes). — *Discours prononcés par le Président de la République Argentine et le Dr Carred.* — Brochure in-8° de 18 pages. — Buenos-Aires, 1899. — Imprenta de J. Peuser.

GRASSET. — *Diagnostic des maladies de la moelle* (Siège des lésions). — Volume in-16 carré de 96 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1899. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

KELLER (Chr.). — *Vara svenska idiotanstalter.* — Brochure in-8° de 32 pages. — Kobenhaven, 1898. — Nyt Tidsskrift for Abnormwaesenet omfattende Aandssvage —, Blinde, — og Vanfre-Sagen.

MOLDENHAWER (J.). — *Johan Ketler og Johannes Moldenhawer.* — Brochure in-8° de 24 pages, avec deux portraits. — Kobenhavon. — Nyt Tidsskrift for Abnormwaesenet.

SANO (F.). — *La statistique des aliénés à Anvers.* — Brochure in-8° de 16 pages. — Gand, 1898. — Imprimerie Vander Baeghen.

SANO (F.). — *Du régime des aliénés à Anvers.* — Brochure in-8° de 24 pages. — Anvers, 1899. — Imprimerie Buschmann.

TISSIÉ (P.). — *Tics et toux spasmodique guéris par la gymnastique médicale respiratoire.* — Brochure in-8° de 16 pages. — Bordeaux, 1899. — Imprimerie G. Gounouilhou.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — *Depuis le* 28 *JUILLET M. H. DURAND n'a plus aucune fonction au* **Progrès Médical**. *Il est remplacé par M. Aimé* ***ROUZAUD*** *qui est chargé exclusivement des* **annonces** *et de la partie administrative.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Évreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 1099

Vol. VIII. Novembre 1899. N° 47

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

SYNDROME DE LANDRY PAR LÉSIONS EXCLUSIVES DES CORNES ANTÉRIEURES (MYÉLITE ASCENDANTE ANTÉRIEURE AIGUË);

Par MM. Paul COURMONT et BONNE (de Lyon).

Bien que l'histoire des *paralysies ascendantes aiguës* se fasse plus complète de jour en jour grâce aux observations et aux travaux récents, il n'est pas sans intérêt d'apporter de nouvelles pièces au débat toujours pendant entre les partisans de la poliomyélite et ceux de la polynévrite motrice comme cause plus ou moins exclusive de ces paralysies. Il est aussi un certain nombre de points sur la pathogénie de ces affections, sur leur bactériologie, sur l'étendue et la valeur des lésions constatées par les méthodes histologiques récentes, qui ne peuvent être complétés que par l'étude de cas observés à tous ces points de vue aussi exactement et aussi consciencieusement que possible ; c'est dans ce but que nous publions cette observation, recueillie à la clinique du professeur Bondet, avec des résultats histologiques et bactériologiques aussi complets que le permettent les méthodes actuelles et accompagnée des considérations générales que ce cas nous a suggérées.

I. — Observation clinique.

Observation. — R... Guillaume, cinquante-huit ans, salle Saint-Augustin, n° 26. *Le 7 avril* 1898, le malade est apporté à l'hôpital

complètement paralysé. Il vivait seul et n'était pas sorti de chez lui depuis trois jours lorsque ses voisins le visitèrent et le trouvèrent dans l'état actuel. Il a des troubles de la phonation et s'exprime difficilement, d'une voie faible et voilée. Il peut cependant raconter que sa maladie a commencé le 4 *avril*, brusquement, par des troubles de la motilité des membres inférieurs; ceux-ci d'abord simplement parésiés devinrent bientôt complètement paralysés et le malade ne put quitter son lit; en même temps, il eut des troubles généraux, de la fièvre, de la céphalée, pas de rachialgie. Rapidement les troubles paralytiques gagnèrent les membres supérieurs, puis le larynx; depuis un jour la parole est gênée et très difficile. Pas de troubles subjectifs de la sensibilité.

Nous n'obtenons pas de renseignements sur ses antécédents personnels ou héréditaires; il peut nous dire cependant qu'il n'était pas malade avant l'affection actuelle. Des parents nous ont appris ultérieurement que c'était un homme sobre, rangé, non alcoolique, jouissant d'une excellente santé et auquel on ne connaissait point de tare ni de maladie antérieure.

A son entrée. — Homme d'aspect robuste, grand, bien constitué. Faciès coloré, fébrile, couvert de sueur. Les troubles paralytiques attirent tout d'abord l'attention. Les membres inférieurs sont totalement paralysés, les membres supérieurs également; cette paralysie est flasque, sans contracture. Les muscles du tronc et de la ceinture scapulo-humérale paraissent parésiés. La respiration est rapide (30 respirat. par minute) et difficile. Le diaphragme est nettement parésié, le thorax se dilate mal; il y a du tirage sus-sternal, de la dépression des creux sus-claviculaires à l'inspiration pendant laquelle on ne constate pas de contraction des muscles respirateurs de la ceinture thoracique. La face n'est pas paralysée, les paupières sont mobiles; les lèvres s'agitent quoique faiblement, la langue peut à peine remuer et sortir des arcades dentaires. La parole est très difficile par parésie laryngée et linguale. La déglutition est possible, mais le malade avale souvent de travers.

Inégalité pupillaire; la pupille gauche est plus dilatée. Il est difficile, à cause de la paralysie de juger de l'état de la sensibilité cutanée qui paraît diminuée.

Réflexes patellaires abolis, réflexes plantaires conservés; abolition des réflexes crémastérien et abdominal. Pas d'atrophie des masses musculaires. Pas de troubles vaso-moteurs sauf une congestion très marquée de la face avec sueurs abondantes en ce point.

Troubles de relâchement des sphincters; le malade urine sous lui. On retire à peine de la vessie quelques gouttes d'urine pour la recherche de l'albumine qui est négative. Pas d'œdème des jambes.

Les *facultés intellectuelles* sont intactes; le malade comprend

tout ce qu'on lui dit et s'efforce d'y répondre ; il se rend compte de tout ce qu'on fait autour de lui et le contraste est frappant entre cette lucidité intellectuelle et l'immobilité complète des membres et de la plupart des muscles moteurs.

Température : 39°. Pouls : 120°, rapide, fort et bondissant.

Rien d'anormal au cœur, ni aux poumons.

Le 8 *avril*, l'état est considérablement aggravé. Persistance de la paralysie flasque généralisée. L'aphonie est complète ; la langue peut encore se mouvoir légèrement ; lorsqu'on interroge le malade il tâche de répondre et on voit ses lèvres s'agiter sans qu'aucun son soit émis. La connaissance est complète ; le malade reconnait ses parents et essaie de leur parler. La température monte (39°,6 hier soir, 40°2 ce matin) ; la peau est chaude, la figure colorée et couverte de sueurs. Même état des réflexes. Le malade a vomi ce matin. La respiration est de plus en plus difficile. Le pouls est rapide, ample mais dépressible (120 par minute). Pendant la journée l'état continue de s'aggraver, la température monte à 40°,9 et le malade meurt dans la nuit.

Autopsie, le 10 *avril*. — *Cerveau*. — A l'ouverture de la boîte crânienne on constate un œdème très marqué des espaces méningés ; ventricules cérébraux très dilatés. L'examen extérieur et les coupes ne révèlent rien d'anormal dans le cerveau, le cervelet, la protubérance ni le bulbe.

Moelle. — Les méninges rachidiennes sont distendues par un liquide très clair *qui s'échappe en jet* lorsqu'on incise la dure-mère ; pas de congestion ni de lésion apparente des méninges. Les coupes de la moelle qui est ferme et d'aspect normal *ne révèlent non plus aucune lésion macroscopique*.

Des fragments de moelle, de bulbe, de cerveau, de nerfs périphériques sont recueillis pour l'observation histologique. L'ensemencement du liquide rachidien, de parcelles de substance médullaire et bulbaire à diverses hauteurs est fait avec toutes les précautions nécessaires. L'examen macroscopique des *viscères* n'a révélé aucune altération importante. Rien aux poumons sauf un peu de congestion des bases. Cœur normal. Foie gros légèrement congestionné. Aux reins : pas d'altérations macroscopiques manifestes, pas d'adhérence de la capsule.

II. — Examen et considérations histologiques [1].

Nous avons examiné comparativement par la méthode de Nissl et les méthodes ordinaires les renflements lombaire et cervical de la moelle, la partie inférieure du bulbe rachidien

[1] Fait au laboratoire d'histologie générale.

(noyaux de l'hypoglosse et du vague) et les circonvolutions motrices.

Nerfs. — Notre attention étant spécialement dirigée vers les altérations cellulaires, nous n'avons fait des *nerfs périphériques* qu'une étude restreinte bornée à quelques troncs nerveux : médian et sciatique poplité externe de chaque membre. Ces nerfs examinés au Pal et au Marchi, en coupes longitudinales et transversales ne nous montrèrent aucune fibre dégénérée. D'autre part leur coloration au carmin ne permit de déceler aucune prolifération interstitielle, ni infiltration inflammatoire, ni modification du tissu engainant, ni enfin d'altération des vaisseaux.

Les *circonvolutions motrices* ne nous montrèrent non plus aucune altération des cellules nerveuses, des méninges, ni des vaisseaux.

Moelle. — La *moelle* nous offrit des lésions d'autant plus accusées qu'on les considérait en un point plus inférieur du névraxe : ce que faisait prévoir du reste, l'évolution clinique de l'affection.

Au niveau du *renflement lombaire*, les lésions sont très avancées, particulièrement dans la corne antérieure, et semblables dans les deux moitiés de la moelle. Le Nissl montre de grandes variétés dans l'affinité des cellules pour le bleu de méthylène et l'on pourrait y décrire tous les degrés de piknomorphisme et de chromatophilie s'échelonnant de l'état de fatigue à l'état de repos complet au temps ou Nissl et Benda discutaient sur la signification de ces différents aspects. Nombreuses aussi et variées sont les chromatolyses périnucléaires ou périphériques, diffuses ou limitées en un point du corps cellulaire. Dans certaines cellules les corpuscules se fondent en blocs beaucoup plus volumineux et présentant pour le colorant des degrés d'affinité différents.

A côté de ces lésions, d'une interprétation si délicate et qui varient suivant la technique employée, il en est d'autres plus importantes et dont la signification est beaucoup plus claire : l'*état hyalin*, l'*apparence vitreuse* se retrouvent dans un certain nombre de cellules, coïncidant ou non avec des déformations du corps cellulaire qui prend en certains points l'apparence d'un bloc sans prolongements, au milieu duquel on ne reconnait que difficilement le noyau.

Des *vacuoles* plus ou moins larges, allongées ou arrondies, vides ou contenant quelques particules colorées, se rencontrent dans un grand nombre de cellules dont le protoplasma a gardé tout autour son aspect ordinaire ou au contraire est devenu hyalin. Quelques cellules en présentent un certain nombre : deux, trois ; elles se retrouvent aussi bien dans les morceaux fixés au Müller que dans ceux qui ont été traités au Nissl : mais dans ce dernier cas elles sont rendues moins frappantes par les déformations concomi-

tantes du corps cellulaire. Nous les retrouverons en parlant du pigment. Quelques-unes de ces vacuoles s'ouvrent à la surface du corps cellulaire et forment ainsi des fentes, des encoches plus ou moins profondes. En aucun point ce processus n'est allé jusqu'à la fragmentation complète du corps cellulaire.

Nous chercherons plus loin à interpréter certaines lésions qu'il nous suffit de mentionner ici : nous avons en vue les déformations du corps cellulaire et de ses prolongements, les déplacements apparents du noyau, les ruptures des prolongements protoplasmiques ou cylindraxile et les modifications dans la répartition du pigment que l'on trouve à l'état normal dans la plupart des grandes cellules de la moelle.

Au niveau du *renflement cervical* les lésions cellulaires sont beaucoup moins accentuées : les cellules les plus altérées présentent une transformation hyaline de leur protoplasma, localisée à un certain point, ou généralisée à tout le corps cellulaire, des vacuoles en petit nombre ou des affinités anormales (diminuées) pour les colorants basiques : carmin, bleu de méthylène, etc. Quant aux altérations que nous croyons devoir rapporter à l'action des réactifs, elles se montrent aussi prononcées qu'au renflement lombaire : cela seul semble indiquer que ces lésions ne sont peut-être pas forcément d'ordre pathologique, et qu'on peut les attribuer à autre chose qu'à une exagération artificielle d'altérations réelles mais invisibles par elles-mêmes.

Bulbe. — Nous n'avons examiné du *bulbe* que la partie inférieure, comprenant les noyaux de l'hypoglosse et du vague, notre malade n'ayant pas présenté pendant sa vie de symptôme net dans le domaine des autres nerfs crâniens.

Le *noyau de l'hypoglosse* est le plus altéré. Un grand nombre d'expérimentateurs ont noté cette prédilection des processus infectieux pour ce nerf cranien. Pareil fait est également consigné dans presque toutes les observations de paralysie ascendante où le bulbe a été examiné. On ne sait à quoi l'attribuer, mais il est permis de remarquer à ce propos que de tous les noyaux bulbaires, celui de l'hypoglosse possède les cellules de beaucoup les plus grandes et les plus richement arborisées, et que par ces seuls caractères ces cellules se rapprochent ainsi le plus de celles des cornes antérieures que tous les processus myélitiques aigus frappent avec prédilection.

Chez notre malade les lésions de l'hypoglosse étaient peu avancées, moins marquées encore que les lésions de la moelle cervicale et consistaient uniquement en l'état hyalin, la coloration diffuse d'un petit nombre de cellules. D'autres étaient vacuolées. Ces quelques lésions avaient à peu près complètement disparu au niveau du tiers supérieur du noyau, particularité rencontrée aussi par plusieurs observateurs (Ballet et Marinesco) qui ont étudié les

lésions secondaires des cellules d'origine de l'hypoglosse après section ou arrachement de ce nerf.

Le *noyau dorsal du pneumogastrique* formé de cellules beaucoup plus petites que celles de l'hypoglosse est encore moins altéré. Les lésions sont en tout cas plus nettes que celles du noyau *ambigu* qui en présente qu'un très petit nombre de cellules mal colorées ou vacuolaires. Quant aux autres groupes cellulaires de la région (noyau grêle, cunéiforme, olives et parolives), leur aspect est absolument normal. On pouvait cependant, parmi les cellules qui sont disséminées sous le plancher en dehors des noyaux, sensitifs des vagues, en trouver quelques-unes légèrement déformées et mal colorées.

Contrairement aux éléments nerveux, les *éléments conjonctifs* (méninges, vaisseaux) ne présentent que des lésions minimes dans toute la hauteur de la moelle et du bulbe. Il n'existe en aucun point de trace de diapédèse autour des cellules nerveuses altérées. Les vaisseaux ne présentent nulle part de lésion de leur tunique interne. On trouve cependant autour de quelques petits vaisseaux et surtout près des méninges des zones d'infiltration limité, mais assez serrée de petites cellules rondes.

Notons enfin que des préparations au Marchi des renflements cervical et lombaire nous montrèrent dans celui-ci surtout, un petit nombre de fibres dégénérées, de petit diamètre en général, disséminées sans ordre dans les régions de la substance blanche, les plus voisines de l'axe gris; quelques boules de myéline dans les cornes antérieures et le long du trajet intramédullaire des racines antérieures. Le pigment des cellules nerveuses est, dans ces préparations, fortement coloré en brun foncé.

Reins. — Les reins (Müller, gomme, carmin) montrent une prolifération interstitielle avancée, de la néphrite glomérulaire desquamative peu intense et restreinte à un petit nombre de glomérules; ceux-ci ne présentent pas de lésions de leurs bouquets vasculaires; les vaisseaux de la substance corticale sont fortement congestionnés. L'épithélium des tubuli contorti est trouble, ses noyaux se colorent peu ou pas. On remarque dans les cavités tubulaires des détritus granuleux fortement colorés par l'urine, ou de véritables cylindres épithéliaux; catarrhe très léger des tubes droits. Malgré l'incertitude qui s'attache à tout examen histologique d'un organe aussi délicat que le rein quand il est prélevé longtemps après la mort; on peut conclure de ces lésions à l'existence de deux processus : un processus ancien, primitivement ou secondairement interstitiel; un processus récent, saisi, pour ainsi dire, en activité et dont on voit les traces dans les lésions inflammatoires des épithéliums sécrétoires. Il est rationnel de l'assimiler au processus qui a causé dans la moelle et le bulbe ces lésions électives des éléments nobles, lésions qui ont entraîné les symptômes paralytiques et la mort du malade.

Considérations histologiques.

Nous avons toujours eu soin de comparer les résultats fournis par la méthode de Nissl (modifiée par Gothard) à ceux que donnent les autres méthodes histologiques, celles surtout qui reposent sur l'emploi d'un fixatenr différent (Muller, carmin, etc.). Si en effet on doit admettre, ainsi qu'on l'a fait remarquer[1], que les réactions doivent rendre visibles en les exagérant les modifications d'ordre pathologique, il n'est pas moins vrai, d'autre part que pour aucun des réactifs usuels, en particulier pour aucun des fixateurs employés en technique nerveuse on ne possède un déterminisme absolument établi de leur mode d'action ; on ne peut faire exactement la part de ce qui relève des réactifs, l'alcool par exemple ou le formol, et de ce qui est attribuable au processus pathologique dans l'ensemble de certaines altérations : telles sont les déformations du corps des cellules, leur degré de rétraction, leurs modifications de structure intime qui l'éloignent du type généralement admis comme indice de l'état sain, type qui n'est lui-même qu'une moyenne. Ainsi que l'un de nous l'a rappelé à propos des ganglions rachidiens[2], l'aspect d'une cellule nerveuse prise dans un ganglion spinal et examinée à l'état frais, avec ou sans coloration au bleu de méthylène, à l'aide des méthodes de Dogiel diffère considérablement de l'aspect de cette même cellule fixée à l'alcool et colorée au bleu de méthylène ou au bleu polychrome. Il en est de même pour les grandes multipolaires de la rétine. Avec les méthodes dites vitales la substance chromatophile se présente sous un aspect chagriné, en grains excessivement fins et réguliers, également répartis et cachant complètement la structure fibrillaire de la substance fondamentale. Après l'action de l'alcool ces éléments ont conflué et forment des blocs plus gros, irréguliers dans leur forme et leur répartition ; corpuscules chromatophyles de Nissl. A l'*état frais* les cellules d'un même ganglion spinal ne présentent entre elles aucune différence dans la structure

[1] Nageotte et Œttlinger. *Presse médicale*, 1898. (A propos des fissures mises en évidence dans le protoplasma des cellules par la fixation au formol.)

[2] Bonne. *Recherches sur les éléments centrifuges des racines postérieures*. (Thèse de Lyon, 1897.)

de leur protoplasma. Après fixation par l'alcool, en particulier, elles présentent au contraire des apparences si variées que Nissl, V. Gehuchten, Marinesco, ont cru devoir les répartir en plusieurs types en se basant uniquement, non sur l'agencement et le nombre des prolongements des cellules, ainsi que Dogiel l'a fait avec raison [1], mais sur l'aspect du protoplasma coloré par le bleu de méthylène. Peut-on dans ce cas affirmer que l'alcool, et d'une manière générale, l'ensemble de la technique employée, n'a fait qu'accentuer des différences invisibles à l'état frais? Et surtout peut-on avancer que cette modification se soit produite dans le même sens et au même degré pour toutes les cellules examinées?

On ne saurait donc trop multiplier les comparaisons et les points de repère pour une méthode aussi incertaine que celle de Nissl, méthode basée sur une réaction (la coagulation par l'alcool) dont les conditions sont mal connues. Ce n'est pas à ce procédé que l'on peut demander de nous faire pénétrer dans l'intimité des altérations que l'on considérait autrefois comme purement dynamiques et que beaucoup considèrent aujourd'hui comme étant le substratum de nombre d'états pathologiques ou fonctionnels. Seules des lésions pour ainsi dire grossières : vacuoles, état hyalin, modifications du noyau, perte de l'affinité ordinaire pour les colorants doivent être considérées comme sûrement pathologiques, surtout lorsqu'il s'agit d'examens faits sur des pièces prises longtemps après la mort. Ces lésions du reste sont toujours visibles, quoiqu'à des degrés très divers, quelle que soit la technique suivie. Il faut donc contrôler l'une par l'autre les différentes méthodes. Dans de récents articles sur les soi-disant lésions nerveuses du tétanos, Paviot [2] montra quelles interprétations erronées on avait faites de l'aspect des cellules colorées au Nissl et faisait remarquer une fois de plus la nécessité de l'emploi des méthodes usuelles pour éclaircir la nature vraie de certaines apparences fournies par la seule méthode de Nissl.

Il est inutile, pour un organe aussi altérable que la moelle, d'employer des fixateurs délicats pour des pièces prises vingt-quatre heures après la mort. L'usage des fixateurs

[1] *Anat. Anz.*, vol. 12.

[2] Courmont, Doyon et Paviot. *Réserves sur la méthode de Nissl.* (*Arch. de Physiologie*, 1898.)

courants tels que le Müller est seul rationnel ; après fixation prolongée par ce liquide, les éléments délicats supportent mieux qu'après l'alcool les vicissitudes des manipulations ultérieures. Ils sont moins rétractés, et surtout, fait banal et qui met en relief l'action désorganisatrice de l'alcool, l'aspect de leur protoplasma est beaucoup plus voisin de l'aspect qu'ils offrent à l'état frais ; un chagriné fin et uniforme remplace les corpuscules chromatophiles qui donnent un aspect si particulier aux cellules fixées par ce réactif, quelle que soit la coloration ultérieurement employée : hématoxylines, picrocarmin, carmin aluné : ce dernier en particulier colore les parties figurées avec une élection presque aussi parfaite que le bleu de méthylène.

Les *modifications de la forme* des cellules sont toujours plus rares et moins accentuées après fixation par les bichromates qu'après action de l'alcool ; dans ce dernier cas les cellules sont souvent plus ratatinées et souvent aussi, si l'action a été trop brusque ou trop prolongée, ont quitté les parois de leur loge névroglique ; leur corps prend des formes anguleuses et se déforme encore par la rupture des prolongements. Si de ces faits on rapproche cette autre particularité : la variété infinie de formes et de dimensions des cellules de la moelle, on voit combien délicate est l'estimation de ces apparences sur lesquelles la technique a une si grande influence.

Décrites d'abord par Œttinger et Marinesco puis par un grand nombre d'auteurs, les *ruptures des prolongements protoplasmiques* produites à des niveaux voisins du corps cellulaire nous paraissent devoir être attribuées surtout à l'action du fixateur (alcool-formol) et ne pas être la représentation exacte d'un processus pathologique, à moins qu'on n'admette que l'alcool, se contentant d'exagérer et de continuer un processus commencé, ne produise la rupture juste au niveau d'une altération protoplasmique quelconque du prolongement.

Certains auteurs (Mongour et Carrière) figurent et donnent comme étant le premier degré de ce processus de rupture des gonflements circonscrits des prolongements, avec disparition, à partir de ce point des corpuscules chromatophiles allongés qui caractérisent les portions proximales de tout dendrite. Or nous n'avons pu trouver de relation constante

entre cette disparition, cet aspect chromatophile généralisé et localisé, et les ruptures des prolongements. Celles-ci par contre, de même que les déformations par ratatinement du corps des cellules sont plus nombreuses dans les pièces qui ont séjourné plus longtemps dans l'alcool, et dans celles surtout dont nous avions à dessein, complété le durcissement en laissant se prolonger plus longtemps que de coutume l'éther du bloc de collodion, ou en immergeant ce dernier, suivant les conseils de certains auteurs dans de l'alcool fort additionné de chloroforme. Notre conviction se base enfin surtout sur la particularité suivante. Quel que soit le nombre des prolongements rompus et les circonstances techniques qui ont empêché ou favorisé cette rupture, elle se produit toujours *au niveau du point où le prolongement pénètre dans le feutrage névroglique qui entoure la cellule.* La rétraction du corps cellulaire agissant dans le sens centripète, il est naturel que le prolongement cède au niveau du point où il est fixé par les fibres névrogliques qui l'entourent et par ses propres ramifications. Une fois libre dans la cavité de la cage névroglique, le corps cellulaire se rétracte et se déforme ; la partie périphérique du prolongement qui est fixée en place continue à affleurer les bords de la cage, juste en face, ou à quelque distance — suivant les hasards des rétractions — du segment central. Du reste un examen attentif de préparations au Golgi nous persuade que des conditions analogues président presque toujours à la production des ruptures artificielles des dendrites ou du cylindre-axe.

Les *déplacements du noyau* tiennent une grande place dans les descriptions que l'on fait actuellement des lésions, pathologiques ou expérimentales, ou même des simples modifications fonctionnelles des cellules nerveuses (Lugaro). Quelquefois ces déplacements paraissent réels ; on ne peut du moins leur attribuer aucune cause évidente. Dans les pièces fixées à l'alcool, il est souvent évident que ces déplacements apparents tiennent avant tout à la rétraction du corps cellulaire sous l'influence d'un fixateur insuffisant. Il est d'abord facile de remarquer que les noyaux les plus excentriques s'observent dans des cellules dont un prolongement — ou plusieurs — a été le siège d'une rupture, cellules qui offrent ainsi plus de prise à l'action de l'alcool, la défor-

mation ne portant pas également sur les parties encore fixées et celles qu'a libérées la rupture du dendrite, le corps cellulaire prend une forme irrégulière, le noyau est ainsi plus ou moins éloigné de la position voisine du centre qu'il occupe ordinairement dans les grandes multipolaires.

On conçoit, d'un autre côté, que par sa situation au centre de la cellule, son contenu plus homogène, sa forme plus régulière, il soit moins accessible que la masse du cytoplasme à l'action déformante de l'alcool. Il constitue ainsi une sorte de point fixe autour duquel se mouleront les parties rétractées et flétries pour ainsi dire du corps cellulaire, de telle sorte qu'il paraît quelquefois faire hernie et sur le point de rompre la membrane d'enveloppe de la cellule. Cette rupture peut d'ailleurs s'observer, nous l'avons notée plusieurs fois dans le renflement lombaire, mais elle coïncidait toujours avec une désorganisation beaucoup plus profonde du protoplasma et du noyau.

Les *amas de pigment jaune brun* qu'on peut observer dans toute cellule des cornes antérieures nous fournissent des termes de comparaison très utiles à l'explication des phénomènes de pseudo-migration du noyau. Comme lui ils représentent des points consistants qui servent de moule aux fluctuations artificielles de la forme du cytoplasme, sur les contours duquel ils forment quelquefois des reliefs nets, comparables à ceux que dessine le noyau dans des circonstances analogues. Ces deux phénomènes dépendent, partiellement au moins, de l'action des réactifs, dans des proportions qu'il serait imprudent de chercher à déterminer ; ce sont des phénomènes mécaniques, dans lesquels le noyau ne prend pas une part plus active que les amas de pigment.

Ce pigment avait été pris à tort comme l'indice d'une dégénérescence lente du protoplasma nerveux. Dans les processus myélitiques ordinaires, ses réactions ne varient jamais. Malgré cette inertie nous le considérons comme un excellent réactif non pas du chimisme mais de la *statique protoplasmique* et des modifications artificielles ou pathologiques de celle-ci. A l'état normal, les grains formant en effet un ou plusieurs amas, plus denses à leur centre, plus clairsemés à la périphérie et siégeant souvent entre les points d'émergence de deux prolongements protoplasmiques, occupant d'autres fois tout le corps cellulaire et allant même jusqu'à

masquer le noyau. Suivant les différentes modifications dont le cytoplasme a été le siège, on voit les grains déformer le contour de la cellule par une saillie plus ou moins accentuée, ou bien se collecter dans une région de densité inférieure à celle de la masse, c'est-à-dire dans une vacuole. Dans tous ces cas, on voit l'amas pigmentaire prendre des bords plus nets que normalement en devenant plus condensé. Cette particularité permet de déceler de simples fissures ou des vacuoles qui sans elles pourraient passer inaperçues ; tout amas pigmentaire à limites nettes et non estompées comme un pointillé d'ombre, témoigne que la portion du protoplasma où il est situé a été le siège d'un remaniement. Ce remaniement peut consister en une simple diminution de densité, en la formation de vacuoles; en rétractions, etc., pour ne parler que des modifications mécaniques.

L'altération peut enfin être beaucoup plus grossière : les grains de pigment, *quoique très clairsemés*, infiltrent tout le corps cellulaire qui est alors profondément désorganisé et ne présente plus sa structure habituelle ; ou bien, par le fait d'une rupture de la membrane d'enveloppe — artificielle ou pathologique — les grains se répandent dans la cavité de la cage névroglique ; la cellule est toujours alors profondément désintégrée.

Toutes ces considérations nous dispensent de chercher, parmi les lésions cellulaires que nous venons de décrire, les critériums qu'on a donnés de la réparabilité des processus pathologiques. Sauf les désintégrations profondes, les lésions évidentes que les méthodes anciennes montrent avec plus de netteté que la méthode de Nissl, les modifications qu'on a décrites comme appartenant à des processus réparables ou irréparables, sont de celles que la technique suivie peut modifier au plus haut point ou même créer de toutes pièces, et que d'autre part les altérations cadavériques inévitables peuvent masquer ou défigurer.

III. — Examen et considérations bactériologiques.

Les recherches bactériologiques dans notre cas ont porté sur le sang pendant la vie et sur le système nerveux après la mort.

a) *Examen du sang* pendant la vie a été absolument négatif. Le sang avait été recueilli, la veille de la mort, dans une veine

du pli du coude avec toutes les précautions d'usage (seringue stérilisée à l'autoclave, etc.). Trois centimètres cubes ensemencés en plusieurs tubes de bouillon et à + 37° n'ont donné aucune culture.

b) *Recherches à l'autopsie.* — Des ensemencements en bouillon furent faits à l'autopsie, avec toutes les précautions ordinaires : 1° avec un fragment de la partie antérieure de la moelle dorsale ; 2° avec un fragment analogue recueilli au bulbe ; 3° avec du liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction à travers la dure-mère rachidienne préalablement cautérisée. Les tubes ensemencés avec des fragments de tissu nerveux ont donné des cultures mélangées de cocci, de bacilles indéterminés, et de diplocoques analogues au pneumocoque et restant colorés par le Gram. Au contraire le liquide des méninges rachidiennes donna des *cultures pures de diplocoques analogues à ceux des cultures des centres nerveux.*

Étant donné les causes inévitables de contamination accidentelle dans l'ensemencement du tissu nerveux, réduites au minimum au contraire dans la prise du liquide céphalo-rachidien, nous avons considéré surtout comme significatives les cultures obtenues avec ce dernier ; l'élément microbien fourni par ces cultures se retrouvait d'ailleurs, mais mélangé à d'autres, dans les cultures des centres nerveux. Les caractères de ce microbe furent les suivants :

Cultures faciles à obtenir et à propager en bouillon à + 37°, donnant un trouble uniforme et très accentué, sans voiles ni pellicules. Sur gélose à + 37°, cultures maigres sous forme d'un mince voile grisâtre à peine visible et translucide, analogues à des cultures de streptocoques ; sur gélatine pas de culture visible.

Les caractères morphologiques des cultures en bouillon furent ceux-ci : diplocoques à grains un peu allongés, ressemblant à certaines formes des pneumocoques, et très courtes chaînettes ; ces éléments se colorent facilement et restent colorés par la méthode de Gram ; pas de capsules.

Les inoculations à l'animal ne purent, pour des raisons indépendantes de notre volonté, être faites qu'un mois après l'isolement de ce microbe, c'est-à-dire avec des cultures probablement atténuées.

Ces inoculations furent négatives pour le lapin (2 centimètres cubes dans la veine de l'oreille) et le cobaye (3 centimètres cubes dans le péritoine). Nous pensons que ces insuccès peuvent tenir au vieillissement de nos cultures.

Ce microbe se rapproche par certains de ses caractères du pneumocoque et du méningocoque de Weichselbaum, mais il en diffère absolument par la longue végétabilité des cultures

en bouillon que nous avons pu réensemencer avec succès même au bout de six semaines. C'est surtout au streptocoque pyogène que cet agent ressemble le plus soit par sa morphologie, soit par les caractères de ses cultures sur milieux solides (agar, gélatine).

Nous pensons avoir eu affaire à une forme un peu spéciale de streptocoque et nous croyons que tel est bien l'agent pathogène de la maladie, étant donné sa présence exclusive dans le liquide médullo-rachidien, et associée à d'autres agents (probablement d'infection cadavérique) dans les centres médullo-bulbaires. Il ne nous a été possible de déceler aucun agent microbien par coloration des centres nerveux médullaires après durcissement et inclusion dans la paraffine.

Ces résultats de l'examen bactériologique, décelant un microbe à rapprocher, par certains de ses caractères, du pneumocoque et du méningocoque, et par d'autres du streptocoque pyogène, ces résultats ne sont pas faits pour nous surprendre. On sait que la pathogénie infectieuse de la plupart des myélites ascendantes est aujourd'hui un fait hors de conteste. De plus, dans les observations récentes, bien étudiées, au point de vue bactériologique, c'est à des agents microbiens tels que le pnenmocoque (Roger et Josué[1]), le streptocoque (Œttinger et Marinesco[2], Remlinger[3]), ou même le diplocoque intra-cellulaire (Piccinino[4]) que l'on attribue la genèse des lésions.

Nous n'insistons pas sur ces faits auxquels se joint le nôtre pour prouver une fois de plus la nature infectieuse de la paralysie ascendante, mais de leur groupement nous tenterons de déduire une explication de certain point que la notion générale d'infection des centres médullaires n'élucide qu'imparfaitement. Ce point que l'étiologie ou l'anatomie pathologique n'expliquent pas, c'est la marche régulière de ces paralysies, marche progressive de bas en haut, atteignant successivement et infailliblement tous les centres moteurs échelonnés le long de la colonne médullo-bulbaire.

Sans doute, la propagation de cellule en cellule par simple voisinage tout le long de la colonne grise antérieure est la première explication qui s'offre à l'esprit. Mais il suffit, à

[1] Roger et Josué. *Presse méd.*, 1897.

[2] Œttinger et Marinesco. *Semaine méd.*, 1895.

[3] Remlinger. *Soc. de Biologie*, 1896.

[4] Piccinino. *Ann. di Nevrologia*, fasc. 1.

défaut d'autre argument, de réfléchir qu'au niveau du bulbe les noyaux gris sont plus ou moins séparés les uns des autres sans que cela arrête la propagation, pour voir que l'hypothèse est insuffisante.

On peut songer à une systématisation de l'infection par les vaisseaux de la partie antérieure de la moelle; mais ces vaisseaux n'irriguent pas exclusivement les cornes antérieures, et l'on sait que dans la paralysie infantile, affection où cette pathogénie vasculaire a été mise en avant, les lésions sont précisément diffuses dans bien des cas aux cardons blancs voisins et dites « pseudo-systématiques » (Marie). Tel n'est pas le cas dans notre observation.

Enfin on peut soutenir que l'infection ou l'intoxication généralisée ne frappe la colonne grise antérieure que parce que celle-ci plus sensible, présentant une susceptibilité plus grande, réagit la première et entraîne des troubles mortels.

Mais resterait toujours inexpliqué ce fait mystérieux de la marche progressivement ascendante des lésions.

Sans vouloir rejeter absolument la part de vérité que renferme chacune des théories précédentes, nous voulons proposer l'hypothèse pathogénique suivante. Dans un certain nombre de cas le liquide des méninges rachidiennes a paru spécialement infecté. Tels les cas si intéressants de Chantemesse et Ramond[1]. Dans notre observation le microbe causal était à l'état de pureté dans le liquide méningé, et ce dernier présentait une augmentation de quantité et de tension telle qu'il s'échappa en jet lorsqu'on incisa la dure-mère rachidienne, alors que le cerveau était déjà enlevé.

Il semble d'après ces faits que l'on puisse, dans certains cas du moins, faire jouer un rôle dans la progression des phénomènes paralytiques de bas en haut à l'infection et peut-être à la tension du liquide des méninges rachidiennes. On peut concevoir que cette infection, débutant, pour une cause quelconque, à la partie inférieure de la colonne lombaire, remonte progressivement de bas en haut par la voie ouverte du canal vertébral ; qu'une infection méningée atténuée atteigne ainsi successivement les différents étages de la colonne antérieure motrice, la plus superficielle et la plus sensible parmi les centres médullaires ; et qu'enfin la com-

[1] Chantemesse et Ramond. *Soc. de Biol.*, 23 juillet 1898. *Épidémie de paralysie ascendante d'origine infectieuse.*

pression exercée sur la moelle par la tension du liquide puisse favoriser cet envahissement des cornes antérieures au fur et à mesure que ce liquide produit en quantité exagérée s'accumule de bas en haut le long du canal vertébral.

Une pareille hypothèse est passible d'objections, dont la première est celle du petit nombre de faits dans lesquels on a noté soit une altération, soit une infection des méninges rachidiennes. On peut répondre que dans la grande majorité des cas on n'a relaté ni l'état ni la quantité du liquide céphalo-rachidien et qu'on l'a rarement ensemencé.

Depuis que, grâce à la ponction de Quinche, l'attention a été attirée du côté de l'examen du liquide rachidien, des faits bien suggestifs ont été notés. Tout récemment, Schultze[1] par une ponction lombaire, dans un cas de paralysie infantile, trouva du pneumocoque dans le liquide céphalo-rachidien. Pourquoi n'admettrait-on pas que, dans ce cas, l'agent pathogène a envahi les cornes antérieures par la voie du canal rachidien en infectant d'abord les méninges?

On pourrait ainsi concevoir que, par l'intermédiaire du liquide des méninges rachidiennes, tantôt l'infection se généralise d'emblée en même temps à la plus grande partie de la colonne motrice, et tantôt l'envahit progressivement de bas en haut, donnant dans le premier cas une poliomyélite antérieure plus ou moins généralisée (paralysie infantile... etc...) et, dans le second, une paralysie ascendante. Une telle hypothèse ne peut sans doute s'appliquer qu'au cas de paralysie ascendante par myélite. Mais si l'on considère que, dans un grand nombre de cas où l'examen bactériologique a été fait, le microbe trouvé (pneumocoque, diplocoque à rapprocher de celui de Weichselbaum) est un de ceux que l'on incrimine dans la paralysie infantile (Schultze) ou dans la méningite cérébro-spinale, une telle conception aurait ce résultat intéressant de rapprocher au point de vue pathogénique ces différentes affections des méninges rachidiennes et de la colonne motrice antérieure.

IV. — Considérations générales.

Cette observation nous semble intéressante surtout par la localisation exclusive des lésions aux cellules motrices des

[1] Schultze. *Münch. med. Woch.*, 1898, n° 38.

cornes antérieures de la moelle et des noyaux moteurs bulbaires, sans adjonction d'aucune autre altération du système nerveux, ce qui explique la pureté du type clinique : *myélite ascendante aiguë à forme exclusivement motrice.* On sait en effet que rien n'est plus variable que l'état du système nerveux central ou périphérique dans les maladies donnant lieu au syndrome « paralysie ascendante » ou maladie de Landry. Ce dernier auteur n'ayant pas donné de substratum anatomique à l'affection qu'il décrivait, puisqu'il croyait à l'intégrité du système nerveux dans ces cas, les découvertes ultérieures et les progrès de la méthode anatomo-pathologique ont permis de décrire sous le nom de maladie de Landry ou de paralysie ascendante tous les cas où se réalisait l'ensemble de ce syndrome quelles que soient les lésions constatées, médullaires ou névritiques. A l'heure actuelle, comme l'indiquait le professeur Raymond dans une de ses cliniques[1], l'examen du système nerveux dans les cas de paralysies ascendantes a fourni les résultats suivants.

1° Pas de lésions macroscopiques ni microscopiques. Cette opinion qui était celle de Landry ne s'appuyait jusqu'à ces derniers temps que sur des cas où l'examen par la méthode de Nissl n'avait pas été fait. Une observation de Giraudeau et Levi[2] est venu combler cette lacune.

2° Lésions exclusivement médullaires. La littérature médicale de ces dernières années est fort riche en faits de ce genre. Les lésions signalées sont d'ailleurs fort variables comme siège, comme intensité, comme extension. Souvent les faisceaux blancs de la moelle sont atteints en même temps que les cellules des cornes antérieures ; les altérations des vaisseaux (infiltration des parois, thromboses, hémorrhagies), l'épaississement de la névroglie, la prolifération des cellules épendymaires sont fréquemment notées. On voit que, rarement, une systématisation, une élection des lésions pour les seules cellules motrices des cornes antérieures, se rencontre aussi parfaite que dans notre cas. L'observation de Roger et Josué[3] peut seule en être rapprochée. A part ces deux cas il n'en n'existe pas, croyons-nous, où les lésions des éléments

[1] Raymond. *Clinique des maladies du système nerveux*, 1896.
[2] Giraudeau et Levi. *Revue neurol.*, 15 octobre 1898.
[3] Roger et Josué. *Presse médicale*, 1898.

nobles ne soient accompagnées d'altérations vasculaires d'intensité variable.

3° Lésions des nerfs périphériques, soit seules, soit associées à des lésions médullaires.

Ces lésions ont été mises en évidence, surtout par Eichorst, Déjerine, Pitres et Vaillard, Nauwerk et Barth, etc.

S'appuyant sur ces résultats complexes, diverses théories virent successivement le jour sur la pathogénie de la maladie de Landry. Pour les uns elle ne serait jamais l'expression d'une lésion des centres, mais toujours d'une polynévrite périphérique.

Nauwerk et W. Barth[1] ont soutenu cette opinion en 1889 : « on n'a pas fourni la preuve certaine qu'une affection des centres, de la moelle et du bulbe en particulier, peut donner naissance au tableau d'une paralysie ascendante typique ». J, Ross et S. Bury ont défendu encore plus formellement l'identité de la polynévrite et de la paralysie ascendante aiguë.

Tout récemment encore, Krewer[2] a tenté d'établir, d'après quatre observations cliniques et anatomo-pathologiques que la maladie de Landry « n'est autre chose que le deuxième et troisième stade d'une névrite chronique multiple passée par continuité à la moelle épinière ». La polynévrite chronique serait une condition sina qua non de la paralysie de Landry !

D'autres auteurs se sont au contraire rattachés exclusivement à la pathogénie médullaire.

Pour Senator notamment on ne doit donner le nom de paralysie de Landry qu'aux cas de paralysie extensive exclusivement motrice sans troubles de la sensibilité, ni réaction de dégénérescence, et seulement avec lésions médullaires. C'est une question de définition.

A l'heure actuelle, la pathogénie exclusivement névritique pour tous les cas de paralysie ascendante ne peut plus être légitimement soutenue. Si elle était admissible en 1889, au moment où Nauwerck et Barth faisant remarquer l'invraisemblable diversité des lésions médullaires décrites dans cette affection en concluaient au peu de valeur de ces observations, elle ne saurait actuellement résister aux travaux où

[1] Nauwerk et Barth. *Ziegler's Beitrage zur pathol. anat.*, 1889, Bd.

[2] Krewer (Saint-Pétersbourg). *Zeitschrift für Klin. Medicin.*, 1897, p. 115.

sont notées une description minutieuse des altérations des cornes antérieures et une absence complète de lésions de polynévrites. Aussi l'opinion de Krewer nous parait légèrement paradoxale à l'heure actuelle. Les quatre faits qu'il apporte peuvent uniquement démontrer que la paralysie ascendante d'origine médullaire peut se greffer sur une polynévrite antérieure plus ou moins accusée et que le malade meurt avec des lésions étendues à tout son neurone moteur périphérique.

Nous pourrions d'ailleurs critiquer sur bien d'autres points ce mémoire de Krewer. Nous retiendrons simplement ceci : qu'il procède à une généralisation inadmissible basée sur l'étude de quatre observations et fait table rase de toutes celles, publiées avant lui, où l'intégrité des nerfs périphériques a été spécialement notée, avec ou sans altération des cellules médullaires.

Notre observation vient s'ajouter à quelques autres pour montrer que si les faits analogues à ceux de Krewer sont possibles, il arrive aussi que les centres des neurones moteurs périphériques sont primitivement atteint sans aucune lésion du nerf périphérique lui-même.

Faut-il dès lors se rattacher à l'opinion de Sénator et regarder comme un entité morbide les cas de paralysie ascendante aiguë avec symptômes purement moteurs et lésion exclusivement médullaire et lui réserver le nom de paralysie de Landry ? Laissant de côté les cas complexes où des lésions successives ou simultanées des différentes parties du neurone moteur périphérique viennent compliquer le tableau, faut-il distinguer deux formes de paralysie ascendante, l'une névritique, l'autre médullaire, chacune avec ses caractères distinctifs ?

L'une serait caractérisée par des phénomènes sensitifs subjectifs, par la douleur à la pression des muscles et des troncs nerveux, par une évolution plus lente et une guérison plus fréquente.

La forme médullaire pure ne s'accompagnerait jamais de troubles sensitifs, présenterait une marche plus rapide, une extension précoce aux noyaux bulbaires. Notre cas serait un des types les plus purs de cette forme médullo-bulbaire. Bodin[1], dans sa thèse a tenté une catégorisation de ces types

[1] Bodin. *Les paralysies ascendantes.* (Thèse Paris, 1896.)

cliniques. Sans doute une telle division, outre qu'elle aurait l'avantage de classer les faits et de satisfaire l'esprit pourrait avoir quelque importance pratique au point de vue du pronostic.

Cependant il ne faut pas se dissimuler tout ce qu'une pareille classification aurait d'artificiel. Comme le fait remarquer M. Raymond il n'est pas difficile de trouver des transitions insensibles, toutes les transitions possibles entre les types et « on en vient à se demander où sont dans la réalité des choses, ces lignes de démarcation entre la paralysie ascendante aiguë, la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte et la polynévrite motrice ».

« En présence d'un syndrome qui reflète plus ou moins fidèlement les traits de la paralysie de Landry, il est souvent impossible de décider si nous avons ou si nous n'avons pas devant nous des lésions de polynévrite, de poliomyélite ou des lésions spinales quelconques[1]. »

D'ailleurs attacher le nom de maladie de Landry à la forme médullaire pure de paralysie ascendante aurait le grand inconvénient à l'heure actuelle de créer plutôt que d'éviter une confusion, puisque des tableaux cliniques assez différents et des lésions anatomiques multiples ont été décrits sous ce nom qu'il est peut-être un peu tard de vouloir rattacher à autre chose qu'à un *syndrome* clinique.

En tout cas il n'est pas sans intérêt (quitte à les classer plus tard) d'accumuler les observations présentant cet avantage de correspondre, comme la nôtre, à un tableau clinique bien net, sans adjonction de symptômes accessoires, et surtout à des lésions aussi exactement systématisées aux cellules, centres des neurones moteurs périphériques, avec intégrité des nerfs des vaisseaux et du tissu conjonctif.

Si l'on doit distinguer des types pathologiques extrêmes différenciés par leur allure clinique et leur systématisation anatomo-pathologique, nous croyons que c'est à de tels cas qu'il faut se reporter et notre observation nous semble représenter un des types les plus purs de ce que nous appellerions : *myélite antérieure ascendante aiguë* avec lésions exactement localisées aux cellules des neurones moteurs périphériques et avec symptômes uniquement moteurs.

[1] Raymond. *Presse médicale*, 1896, p. 29. *Clinique des maladies du système nerveux*, 1896.

Conclusions. — 1° Il est des cas de paralysie ascendante à forme motrice pure, dus à des lésions exclusives de la colonne motrice médullo-bulbaire, sans atteinte des vaisseaux ni de la substance blanche ni des nerfs. (*Myélite ascendante antérieure aiguë.*)

2° L'infection du liquide céphalo-rachidien constatée dans certains cas de paralysie ascendante semble pouvoir expliquer, mieux que toute autre hypothèse, la marche ascendante et progressive des lésions, la colonne motrice étant touchée par l'intermédiaire du canal rachidien chemin tout préparé pour la propagation de l'infection. Cette hypothèse, s'appuyant d'autre part sur l'identité des microbes causant ordinairement la paralysie ascendante, la méningite cérébro-spinale et parfois la polyomyélite antérieure (pneumocoque, streptocoque méningocoque), rapproche au point de vue pathogénique ces affections de la moelle et des méninges.

CLINIQUE MENTALE.

LES HALLUCINATIONS PSYCHO-MOTRICES VERBALES DANS L'ALCOOLISME;

Par le Dr P. COLOLIAN,
Ancien interne des Asiles de la Seine.

Les multiples hallucinations des sensibilités spéciales ont été étudiées depuis fort longtemps par les aliénistes français et étrangers. Mais ce n'est que récemment qu'un trouble hallucinatoire spécial, dénommé aujourd'hui hallucination psycho-motrice, a attiré l'attention des psychiâtres. Il existe des malades de toutes catégories, qui prétendent avoir une voix « sourde », sans timbre ni son, intérieurement, une voix qui leur cause et se fait comprendre.

C'est Baillarger[1] qui différencia ce groupe d'hallucinations

[1] Baillarger. *Des hallucinations*, 1846. — *Physiologie des hallucinations dans ses recherches sur les maladies mentales.*

sous le nom d'hallucinations psychiques. Après avoir exposé la façon dont s'expriment les malades, il donne cette définition : « Ce sont des perceptions purement intellectuelles, ayant leur point de départ dans l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et qui sont souvent assimilées à tort par les malades aux perceptions sensorielles. »

Legrand du Saulle avait aussi remarqué que certains malades disent entendre « des idées, des voix secrètes, intérieures, sans langage parlé ». Maudsley le premier nomma ce trouble « hallucination motrice ».

Avant ces auteurs d'autres avaient observé ces faits sans leur donner d'importance. Certains auteurs mystiques, parlant de ces voix, disaient : « les unes sont intellectuelles et se font dans l'intérieur de l'âme, les autres corporelles. » Leuret rapporte le cas du frère Gilles et du roi saint Louis qui « se parlaient sans aucun bruit de parole », et celui de M[me] Guyon avec le père Lacombe, son confesseur, qui se comprenaient sans parler, de sorte que peu à peu elle se trouva réduite à « ne lui parler qu'en silence ». De même Calmeil a observé quelques hallucinés qui se persuadent que les voix partent de leur poitrine, de leur ventre, d'un organe essentiel à la vie.

Parmi les auteurs actuels il faut citer le nom de M. Séglas[1] qui a bien étudié la question en 1888, et formé trois groupes d'hallucinations psycho-motrices verbales pures : 1° hallucinations verbales motrices pures ; 2° des hallucinations verbales motrices combinées à des auditives verbales ; 3° de simples représentations mentales motrices associées ou non.

MM. Ballet[2], Ritti[3], Séglas et Londe[4], Roubinovitch[5], Janet[6], Pieraccini[7], ont rapporté des cas d'hallucinations

[1] Séglas. *Progrès médical*. 1888, n[os] 33 et 34, et Congrès de méd. mentale de Nancy, 1895.

[2] G. Ballet. *Semaine médicale* (Leçon à l'hôpital Saint-Antoine), 1891.

[3] Ritti. Stigmates psychiques de dégénérescence (*Annales médico-psycho.*, 1892).

[4] Séglas et Londe. Hallucinations verbales motrices dans la mélancolie (*Archives de neurologie*, 1892, mars et mai).

[5] Roubinovitch. Contribution à l'étude clinique des hallucinations verbales psycho-motrices (*Annales médico-psychol.*, 1893, p. 100).

[6] Janet. *Revue philosophique*, mars, avril 1892.

[7] Pieraccini. *Accès de mutisme*, 1893.

psychomotrices verbales. M. le professeur Joffroy[1], dès sa première leçon d'ouverture à la chaire de pathologie mentale aborda ce sujet; depuis, il y est revenu à plusieurs reprises.

M. Magnan[2] qui, dans ses leçons à Sainte-Anne parla plusieurs fois des hallucinations motrices verbales surtout chez les délirants chroniques, écrit de nouveau dans son dernier traité : « A côté de ces modalités de l'hallucination de l'ouïe, prennent place des troubles spéciaux, moins sensoriels que psycho-moteurs, les *hallucinations psychiques* ou *motrices verbales ;* des voix intérieures parlent silencieusement dans l'estomac, dans la gorge ; ce sont des voix qui ne sont pas des voix, qui ne résonnent pas aux oreilles. Ces faits s'expliquent par la propagation au centre moteur du langage de l'excitation du centre auditif cortical. » Signalons encore la thèse de Marson[3] sur le même sujet.

Après l'étude d'ensemble des hallucinations psycho-motrices verbales, les auteurs ont été amenés à les étudier dans les différentes formes de vésanies, au hasard de la clinique.

Sont-elles d'abord compatibles avec la raison ? Certes oui. L'hallucination à elle seule, comme phénomène transitoire, ne suffit pas à provoquer du délire ; les cas sont nombreux d'individus ayant des hallucinations de l'ouïe, qui se rendent parfaitement compte de leur état et ne délirent point. Brierre de Boismont[4], pour revenir aux hallucinations psychomotrices verbales, cite le cas d'une femme de quarante ans, saine d'esprit, qui « depuis cinq ans entend des voix qui tantôt résonnent fortement aux oreilles, tantôt sont intérieures et silencieuses ».

M. Ballet[5] rapporte une observation qui lui fut communiquée par Charcot, d'un homme de quarante-cinq ans, non aliéné, ayant depuis douze ans des voix intérieures et extérieures. Au moment où la voix intérieure parle, malgré le malade sa langue se meut.

[1] Joffroy. *Progrès médical*, 1893, p. 413. — Hallucinations unilatérales (*Arch. de neurologie*, 1896).

[2] Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1897, p. 17.

[3] Marson. *Contribution à l'étude des hallucinations verbales psychomotrices* (Thèse de Paris, 1897).

[4] Brierre de Boismont. *Hallucinations*, p. 578.

[5] Ballet. *Le langage intérieur*, 1886, p. 64.

MM. Séglas et Londe[1] ont publié des observations de mélancoliques atteints d'hallucinations psycho-motrices verbales.

On a observé des cas semblables dans *la manie*. Baillarger a eu le cas d'un maniaque en convalescence, qui durant quinze jours avait une voix intérieure épigastrique. Mairet[2] a rapporté un autre cas. Janet cite un excité demi-maniaque qui prétendait communiquer à distance avec certaines personnes.

Les hallucinations psycho-motrices verbales existent et sont fréquentes dans le délire chronique (Magnan), dans les délires de persécution (Legrand du Saulle, Joffroy).

M. Sérieux[3] a rapporté deux cas de paralytiques généraux ayant des hallucinations motrices verbales.

Dans les délires toxiques, surtout dans l'alcoolisme, les cas d'hallucinations psycho-motrices verbales sont très rares. M. Vallon[4], qui en rapporte deux exemples, les avoue exceptionnels. D'ailleurs, l'un des malades de M. Vallon est sujet à critique, M. Vallon lui-même avoue que c'est un cas douteux.

Nous avons nous-même rapporté un cas d'alcoolique ayant eu des hallucinations psycho-motrices verbales, dans notre thèse[5] inaugurale.

Nous sommes heureux d'y ajouter ici quatre observations d'alcooliques, ayant eu au moment de leur délire, avec des hallucinations multiples de l'ouïe et de la vue, des hallucinations psycho-motrices verbales. Les trois malades ont été étudiés dans le service de notre maître, M. Magnan, à l'admission de Sainte-Anne. On sait combien sont nombreux les alcooliques qui y entrent chaque jour. Pourtant, en l'espace d'une année, nous n'avons pu relever que trois cas.

OBSERVATION I. — *Dégénérescence mentale et hérédité : grand'mère aliénée. — Début des habitudes alcooliques à vingt-trois ans. — Signes d'alcoolisme chronique à trente-cinq ans. — Hallucinations de l'ouïe, de la vue et psycho-motrices verbales en* 1896.

[1] Séglas et Londe. *Loc. cit.*

[2] Mairet. *Montpellier médical*, 8 novembre 1875.

[3] Sérieux. Hallucination psycho-motrice chez une paralytique générale (*Arch. de neurologie*, mai 1894). — *Gaz. hebdomad.*, 1898, n° 49.

[4] Vallor. *Annales médico-psychol.*, 1895, p. 97.

[5] Cololian. *Les alcooliques persécutés* (Thèse de Paris, 1898, p. 56).

Mme B..., trente-six ans. — Grand'mère maternelle aliénée : est dans un asile en province. Père, alcoolique invétéré, coléreux et batailleur, est mort tuberculeux. Sa mère, une brave femme, vit et se porte bien ; elle s'est mariée deux fois et a eu treize enfants, dix avec son premier mari, trois avec le second. Notre malade est née du second lit. Nous n'avons pas de renseignements sur les enfants du premier lit ; du second, deux sœurs sont mortes, l'une bacillaire, à vingt-sept ans ; l'autre d'une méningite, très probablement tuberculeuse.

Quant à notre malade, elle n'a eu aucune maladie grave dans son enfance. A été réglée à quinze ans et depuis l'est toujours bien.

C'était une fille d'une intelligence moyenne, mais travailleuse, allant régulièrement à l'école, aimant beaucoup l'étude. D'une nature plutôt triste, un peu misanthrope, recherchait la solitude, les livres tristes ; dans son entourage, on la trouvait trop sérieuse pour son âge.

A vingt-trois ans, prise d'ennui, elle cherche une distraction, fait la connaissance d'un employé de commerce, alcoolique, avec lequel elle vit maritalement. C'est lui qui la pousse à prendre des boissons alcooliques, pour la distraire. Elle y prend goût et retourne souvent à sa consolation. Elle continue ainsi journellement à s'intoxiquer, soit avec du cognac, soit avec des apéritifs.

En 1896, elle a perdu tout appétit ; double alors la dose des apéritifs. La nuit, elle avait des cauchemars pénibles ; le matin, des pituites jaune verdâtre ; ses mains tremblaient. C'est à cette époque qu'elle a des troubles hallucinatoires.

Elle a eu d'abord des hallucinations de l'ouïe, entendait distinctement par ses deux oreilles une ou plusieurs voix d'hommes, de femmes qui lui faisaient des reproches : « Tu fais mal ton ménage, tu ne balayes pas bien. » Ces voix avaient des réflexions sur tout ce qu'elle faisait.

Dans la soirée, à la tombée de la nuit, elle voyait des fantômes autour d'elle, des têtes grimaçantes. Mais les hallucinations de la vue ne prédominaient pas, elles étaient fugaces et peu nombreuses.

Hallucinations psycho-motrices verbales. — Les voix des oreilles lui posaient aussi des questions, et, elle s'aperçut un jour qu'une autre voix, non articulée celle-là, sans aucun timbre, qu'elle entendait néanmoins, répondait aux questions posées par les voix des oreilles. Ainsi s'établissait en elle un dialogue singulier de la voix intérieure aux voix externes.

Les voix externes disaient : « — Tu n'as pas payé tes notes, tu as des dettes partout. » — « Ce n'est pas vrai, répondait la voix intérieure, je n'ai pas de dettes, j'ai tout payé. »

La malade s'étonnait que la voix intérieure parlât en son nom,

répondant comme pour elle; mais souvent cette voix parlait aussi au nom d'un tiers : « Non, affirmait-elle, elle est une bonne personne, vous avez tort, vous. »

Quelquefois la voix intérieure et les voix des oreilles ne tombaient pas d'accord: la malade, affolée, assistait alors à des discussions, les voix s'entrechoquaient; celles des oreilles criant tant qu'elles pouvaient, la voix intérieure ne parvenant pas à se faire entendre.

Mme B... assistait, muette spectatrice, à cette bataille hallucinatoire, incapable de bouger. Elle crut comprendre plus tard que la voix intérieure était sa voix intime, causant, disputant malgré elle. Elle parlait donc automatiquement; quand les voix des oreilles l'accusaient, la voix intérieure répondait sans son assentiment : « Non, je n'ai pas fait ça. »

Elle ne pouvait désigner d'où venait cette voix, où elle se faisait entendre; c'était parfois à l'estomac qu'elle sentait la réponse. « Je réponds par l'estomac, disait-elle, tandis que j'entends par les oreilles les questions et les injures que l'on m'adresse. » Elle ressentait au même moment une contraction épigastrique, mais la langue ne remuait pas.

Elle était hallucinée déjà depuis plusieurs jours quand le 7 mai 1896 les voix des oreilles lui prédisent un grand malheur : elle allait devenir folle. Désolée, elle se sauve, les voix la poursuivent, « Jette-toi par la fenêtre, lui crie-t-on dans les oreilles », et c'est ce qu'elle fait.

Relevée dans la rue dans un état pitoyable, on la transporte à l'hôpital Beaujon où l'on constate une fracture du bassin et plusieurs plaies sur la tête et sur le corps. Elle s'était précipitée d'un 3e étage.

A l'hôpital les hallucinations continuent quelques jours, puis diminuent grâce au régime, et cessent finalement. Elle reste deux mois à l'hôpital. En sortant, elle n'avait aucune hallucination, mais aussitôt sortie, elle recommence à boire.

Trois semaines après sa sortie les hallucinations, les cauchemars, les pituites, le tremblement des mains réapparaissent avec une légère variante. Ainsi la zooptie est plus caractéristique cette fois, la malade voit des figures dans des lunes, elle a des visions de chiens, de grenouilles, de chats, de souris. Les voix des oreilles sont moins nombreuses. Elles sont au nombre de trois, dont une d'homme, une bonne celle-là qui la protège contre les deux autres : des voix de femmes. La voix intérieure n'a pas changé de caractère.

Ces hallucinations ont des alternatives d'intensité et d'apaisement suivant la quantité de boissons alcooliques ingérées.

Les hallucinations de l'ouïe lui suggèrent l'idée du suicide : « Tue-toi, jette-toi à l'eau », entend-elle constamment. Elle va

trouver le commissaire de police pour mettre fin à cette pénible « poursuite », à cette « triste comédie ». Et elle est envoyée à l'infirmerie du Dépôt, puis à Sainte-Anne, de là à Villejuif où elle entre le 21 novembre 1896.

C'est une femme de petite taille, brune, elle pèse 50 kilogrammes. Les traits sont assez réguliers, les lobules des oreilles sont adhérents, les dents en mauvais état.

A des hallucinations de l'ouïe, quoique bien moins depuis qu'elle se trouve à l'asile de Villejuif. Les hallucinations psycho-motrices verbales ont cessé depuis son arrestation.

La première nuit, elle a très mal dormi, a eu des mauvais rêves, on la précipitait dans un puits.

Tremblement des mains.

L'examen des poumons ne donne rien de particulier. La pointe du cœur bat dans le 6e espace intercostal et un peu en dehors. La radiale bat régulièrement. Rien au foie. — Pas d'albumine ni sucre dans les urines.

Le lendemain et les jours suivants les hallucinations disparaissent, le sommeil revient, l'appétit est meilleur, les mains tremblent moins.

Quinze jours après, tout accident alcoolique a disparu. Mais la malade reste triste, déprimée, elle redevient ce qu'elle était avant ses excès alcooliques.

Réflexions. — Mme B... sans aucun doute est une prédisposée. Une lourde hérédité pèse sur elle; sa grand'mère, une aliénée, son père un alcoolique auraient dû lui servir de leçon et la mettre en garde contre les boissons alcooliques. Poussée par la dégénérescence qui lui enlève toute résistance sérieuse, elle a commencé à boire. Chez elle la dégénérescence prédomine, l'alcool a fait le reste.

Un des points intéressants de ce cas, c'est que l'éréthisme du centre cortical moteur verbal produit chez la malade non seulement la représentation motrice, mais aussi une sorte d'articulation réelle qui lui fait croire que la voix intérieure est la sienne, et qu'elle parle automatiquement.

Observation II (Service de M. le Dr Magnan). — *Dégénérescence mentale; grand-père et père alcooliques. — Habitudes alcooliques depuis longtemps. — Troubles hallucinatoires nocturnes et diurnes vers la fin de* 1896; *délire alcoolique avec hallucinations multiples et pénibles quelques jours avant son entrée; hallucination psycho-motrice verbale.*

M..., facteur à Paris, trente-six ans.

Père alcoolique, mort; s'enivrait souvent. Mère morte; pas de renseignements. Deux frères et trois sœurs bien portants. Une sœur morte tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Aucune maladie grave, mais chétif: a toujours été un peu bizarre; peu intelligent. Il vivait seul depuis cinq ans. Prenait du rhum le matin avant le déjeuner et parfois de l'absinthe; du vin en mangeant. Avait des cauchemars depuis quatre à cinq mois, des pituites, des crampes dans les jambes.

Depuis le mois de février 1897, il avait des hallucinations de l'ouïe; on lui disait des gros mots, des insultes, il les entendait des deux oreilles. Souvent, les voix étaient multiples, c'étaient celles de toute une foule; d'autres fois, c'était une conversation entre une voix et lui; même il entendait la voix et il lui répondait, elle lui ordonnait de dire « oui, non », de faire tel ou tel acte. Il avait depuis à peu près un mois des hallucinations psycho-motrices; une voix non articulée, mais bien comprise lui parlait dans l'estomac. Cette voix n'avait pas de timbre, elle était pourtant nette comme expression : « Tu vois comme l'on s'amuse bien..... vous aurez 20 francs, il faut jouer aux courses et vous gagnerez. Il répondait à voix basse à cette voix intérieure : « Je ne veux pas jouer, je n'aime pas tricher »; la voix intérieure répliquait : « Il n'y a pas de tricherie dans le jeu; c'est au plus malin. » La voix de l'estomac était beaucoup plus désagréable que la voix des oreilles.

Au moment où la voix psycho-motrice se faisait entendre, la langue du malade remuait et devenait sèche; il ressentait en même temps une sorte d'angoisse dans la poitrine.

Hallucinations de la vue. — Il croyait voir des hommes, des assassins derrière la porte.

Idées de persécution. — Dans la rue, les passants faisaient des signes pour lui nuire, pour le taquiner; on le regardait « en dessous », « sa sœur voulait l'empoisonner ». Il avait aussi des idées de jalousie morbide, sa maîtresse le trompait avec des individus inconnus.

Pendant un mois il traîna avec des cauchemars pénibles des hallucinations multiples, puis son entourage le trouvant très malade, on le fit interner. Il est arrivé à l'Asile clinique le 17 mars 1897, nous l'examinons le lendemain. C'est un homme de taille moyenne, bien musclé; pas de signes apparents de dégénérescence si ce n'est l'adhérence des lobules des oreilles, et la voûte ogivale du palais.

Il tremble des deux mains, et cause l'air inquiet, tournant la tête dans tous les sens, prêtant l'oreille aux moindres bruits. Il s'arrête parfois dans sa conversation et écoute ses voix hallucinatoires. Il a encore, en effet, des hallucinations de l'ouïe, il entend toujours la voix intérieure lui donner de mauvais conseils : « Tape donc, vaurien; ne mange pas, je te le défends. »

Le foie est un peu gros, il déborde de trois travers de doigts les fausses côtes; il est sensible à la pression. L'estomac clapote au-dessous de l'ombilic. Le cœur est un peu gros. Rien dans les poumons; urines normales. Pas de fièvre.

Le lendemain de son arrivée il va déjà bien mieux; il a bien dormi ; les voix ne le tourmentent plus autant. Les jours suivants tout trouble hallucinatoire a disparu, M... est revenu à l'état normal et nous promet de ne plus boire.

Réflexions. — Le cas est simple, ce fils et petit-fils d'alcoolique devient alcoolique à son tour ; il boit, son sommeil se trouble, l'appétit se perd, et un jour il entend des voix par ses oreilles qui l'insultent, l'injurient. Puis ce sont des voix non articulées, non entendues, mais bien comprises qui lui parlent, et sa langue remue au moment où elles parlent. C'est bien une hallucination motrice verbale apparue au moment du délire alcoolique, et qui disparait avec la suppression du poison.

Observation III (Service de M. Magnan, asile clinique). — *Dégénérescence mentale et lourde hérédité : grand-père et tante aliénés. — Habitude alcoolique depuis peu de temps, mais abus depuis le commencement de 1897. — Délire alcoolique quelque temps après, avec hallucinations auditives et psycho-motrices. — Idées de persécution. — Idées mystiques.*

T..., employé de commerce, trente-six ans. — Grand-père paternel mort aliéné à Bicêtre. Tante paternelle morte à Sainte-Anne. Père presque en démence, alcoolique, boit du rhum tous les matins à jeun. Mère morte d'une affection cérébrale, encéphalite (?) suivant les médecins qui l'ont soignée; elle a succombé quelques jours avant l'internement de notre malade.

T... est venu au monde à terme. Il n'a pas eu de maladie grave étant enfant. A été à l'école pendant sept ans. C'était un jeune homme silencieux, concentré, causant peu avec ses camarades ; assez studieux pourtant et un peu sentimental. Il a pu acquérir une instruction assez suffisante pour lui permettre de gagner sa vie ; il gagnait de 4 à 5 francs par jour.

Quoique aimant vivre à l'écart, à la façon d'un misanthrope, il s'intéressait beaucoup aux questions politiques, les discutait avec ardeur, se mettant en colère facilement, et tremblant alors de tout son corps. Il était pourtant aimé de ses camarades pour la douceur de son caractère.

Il s'occupait aussi de littérature, lisait beaucoup de romans, et aimait bien la musique.

On voit que T... chargé par une lourde hérédité, n'avait pas la bizarrerie des dégénérés, en général, et conservait l'équilibre mental. Il n'était point mystique, nous notons ce fait sur lequel nous reviendrons au cours de cette observation.

Depuis 1887, T... prenait chaque matin un verre de rhum. Mais depuis le commencement de 1897, voyant sa mère souffrante et son père incapable de travailler, T... se désolait; pour se donner un peu d'énergie et de force morale, il allait, où vont en général les pauvres dégénérés : au cabaret. Plus il buvait, plus il sentait le besoin d'un réconfortant psychique, et dès lors, augmentait peu à peu la dose des boissons alcooliques. Dans son entourage on remarquait que T... changeait beaucoup : lui, si ponctuel à son travail, il devenait irrégulier. On voyait que souvent il semblait prêter l'oreille à des voix imaginaires. Toujours est-il qu'il dormait mal, avait des cauchemars, et perdait de plus en plus l'appétit. Toutefois il continuait à boire; les camarades pour le consoler, le marchand de vins pour le fortifier l'excitent tour à tour.

Au commencement de mars 1897, il ne peut plus travailler et cesse toute occupation. Vers le 18 mars, il est pris d'hallucinations multiples, surtout de l'ouïe, et envoyé au dépôt de la préfecture le 19. Il entre dans le service le 21 au soir, nous le voyons le lendemain matin.

C'est un homme petit, maigre, brun; légère asymétrie faciale. Il parle d'une voix basse, l'air inquiet.

Il a plusieurs sortes d'hallucinations :

Hallucinations de la vue. — Il voit autour de lui des animaux, des chiens, mais ce sont surtout des gens, ses parents, son propriétaire, ses cousines qui passent et repassent devant lui. Il les voit derrière les vitres, à sa porte. La nuit, dans ses cauchemars, ils apparaissent toujours sur la scène hallucinatoire. Les hallucinations de la vue ont été tardives, elles sont apparues deux jours avant son arrivée dans le service et ont disparu graduellement en l'espace de trois jours.

Hallucinations de l'ouïe. — Elles jouent un rôle secondaire dans le délire de notre malade. Elles ont dû apparaître, d'après nos renseignements, trois ou quatre mois avant l'éclosion du délire alcoolique. Elles ne présentent aucune particularité, ce sont, comme chez tous les délirants alcooliques, des voix multiples, connues et inconnues, qui lui reprochent ses habitudes alcooliques, le traitent de « canaille », de « propre à rien », etc.

Hallucinations psycho-motrices. — Elles jouent le plus grand rôle chez T... Voici comment il les décrit lui-même : « J'entends comme un souffle, un *fluide* dans la poitrine, la gorge, dans la tête, et pourtant je ne l'entends pas par les oreilles, ce n'est pas une voix articulée, c'est un fluide divin, et je comprends, c'est

même drôle. » Plus tard, il écrivait : « Une voix, que je n'entendais pas par les oreilles, mais qui semblait me venir de la gorge, m'encourageait. »

C'est bien là une hallucination psycho-motrice verbale. T... avait remarqué aussi que souvent, quand il entendait « la voix divine », « le fluide », sa langue remuait dans sa bouche. Cette voix était de nature mystique, elle prononçait des mots brefs, des paroles d'encouragement : « Courage, confiance, espérance, charité. » Elle lui dictait parfois tous ses actes; ainsi quand il ne mangeait pas, elle lui ordonnait de manger ; s'il marchait trop longtemps, elle lui disait de s'asseoir, et ce qui « est plus drôle, écrivait-il, elle m'appelait de mon prénom, Alfred ».

Plusieurs jours après son entrée, alors que les autres hallucinations avaient disparu, la voix divine se faisait encore entendre dans la poitrine ou dans la gorge. Elle lui disait de prononcer certains mots qu'il répétait tout bas, mots qui, selon elle, devaient lui donner de la vigueur pour résister. Ces mots, les voici : « Mur, vent, eau, Dieu, ciel, arbre, nuage, barrière, cheminée, plafond, etc. » C'étaient surtout les mots vent, terre et barrière, qui devaient avoir le plus grand effet.

La nature de cette voix provoquait une sorte de mysticisme chez T... qui n'était point pieux auparavant. Il parlait de Dieu, de la Sainte Vierge, de la protection du ciel, de la confiance qu'il avait en Dieu, et priait fort souvent.

Idées de persécution. — Il a eu en outre pendant le cours de son délire, des idées de persécution. Il croyait que ceux qui l'entouraient lui voulaient du mal, désiraient lui jouer de mauvais tours, le tuer même. On allait également tuer son père pour s'emparer de sa boutique.

L'examen physique ne nous révèle rien de particulier dans les organes. Les urines ne contiennent rien d'anormal. — Les mains et les muscles de la face tremblent beaucoup.

Deux jours après son entrée il va déjà mieux, quoiqu'il ait encore des cauchemars la nuit, des hallucinations de l'ouïe et qu'il entende encore sa voix intérieure.

Le 26 mars, il est plus calme, il dort bien, il a toujours quelques hallucinations auditives et psycho-motrices. — Le 30, il va bien mieux et se dit guéri.

Le 5 avril il est bien en effet moralement et physiquement, il se rend parfaitement compte qu'il a eu du délire alcoolique et nous promet de ne plus boire. — Envoyé en convalescence à Ville-Évrard le 17 mai.

RÉFLEXIONS. — Ces hallucinations psycho-motrices sont fréquentes chez les dégénérés atteints de folie mystique. Ce fait a été observé plusieurs fois. Comme le malade de M. Val-

lon [1], notre malade a eu des idées mystiques. Lui, qui n'était pas pieux auparavant, il prie Dieu et tous les saints dans son délire et durant son intoxication alcoolique.

Est-ce le délire mystique qui a provoqué l'hallucination psycho-motrice verbale, c'est possible. Cependant nous faisons remarquer que notre malade avait des voix intérieures, quand les préoccupations religieuses ont apparu. Nous signalons simplement la coïncidence.

Observation IV (Service de M. le Dr Magnan). — *Dégénérescence mentale et hérédité : frère aliéné. — Alcoolisme chronique. — Idées de jalousie et de persécution. — Délire alcoolique avec hallucinations psycho-motrices verbales, hallucinations de l'ouïe, de la vue : troubles de la sensibilité générale.*

B... Pierre, soixante ans, cultivateur.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique fieffé, mort en prison; arrêté pour vol. Mère morte également, pas de renseignements sur la cause de sa mort; elle était peu intelligente. Quatre frères, dont un mort en bas âge, les deux autres se portent bien, mais le plus jeune est un être bizarre, extravagant; le quatrième est interné depuis plusieurs années dans un asile d'aliénés en province. Une sœur morte, nous ne savons de quelle maladie.

Antécédents personnels. — B... Pierre, a été à l'école de six à douze ans; était d'un caractère calme, un peu apathique, et même sombre parfois, il ne s'amusait pas avec les camarades de son âge. Néanmoins il a acquis un peu d'instruction. En sortant de l'école, il a été d'abord scieur de bois, puis agriculteur.

B... n'a eu aucune maladie dans l'enfance ni la jeunesse. Il s'est marié avant son service militaire. Etait-il heureux en ménage. « oh ! non » répond-il, ils se disputaient à chaque instant, et se sont même quittés à un moment donné. Cette séparation fut pour B... le point de départ de l'alcoolisme. Fils d'alcoolique, frère d'aliéné, comme tous les autres dégénérés, il chercha dans l'alcool la consolation des mésaventures matrimoniales. Il but. Mais ne pouvant supporter sa tristesse solitaire et la vie sans disputes, il revint à sa femme et aux querelles.

Ce ménage en désaccord continuel a mis au monde huit enfants. Tous, à l'âge de raison ont quitté leurs parents pour aller vivre ailleurs, de sorte que nous n'avons pas de renseignements sur eux. B... savait, ou croyait savoir que sa femme le trompait. Les premiers temps il n'en était pas jaloux. En 1875 il perd deux enfants, l'un de vingt, l'autre de dix-sept ans. Cela le chagrine

[1] Ch. Vallon. *Ann. médico-psycho.*, 1895, p. 91.

beaucoup. C'est encore le marchand de vins qui soulage cette douleur. B... devient désormais un alcoolique chronique. Il boit chaque jour un verre de rhum avant d'aller aux champs, un apéritif avant le déjeuner, et autant avant le dîner, et en outre un litre de vin.

Peu à peu il double la dose des petits verres. Puis viennent les cauchemars, les pituites, le pyrosis, des vomissements, des crampes dans les jambes et le tremblement des mains. Quelques mois après ce début, B... avait des troubles psychiques, de la jalousie morbide, des idées de persécution, plus tard les hallucinations de l'ouïe, de la vue et les hallucinations psycho-motrices verbales apparaissent.

Idées de jalousie. — Lui, si indifférent de l'honneur de son nom, après trente ans de ménage, devient jaloux de sa femme toute ridée, comme un jeune Othello. Il ne veut plus qu'elle sorte seule, croit qu'elle ira coucher avec tout le monde. Il se sent tellement transformé qu'il met sur le compte d'autrui, ce changement de caractère, il l'attribue à une influence magnétique. Parfois il se rend compte que sa jalousie est une « chimère », mais c'est plus fort que lui, il y revient. Les idées de jalousie ont ouvert la porte aux idées de persécution.

Idées de persécution. — Depuis un mois il lui semblait que sa femme et ses enfants lui en voulaient : ils étaient comme chiens et chats, dit-il, le regardant de travers, lui faisant de gros yeux et toutes sortes de misères, l'empêchant même de soupirer. Dans la rue, les passants en riaient. Il lui semblait quelquefois qu'on allait le tuer, il bousculait alors tout le monde autour de lui, afin qu'on ne l'approchât point.

Hallucinations psycho-motrices verbales. — Depuis trois semaines, un mois, il remarquait une chose bizarre : « des fois, on me cause dans la tête, je ne puis dire si c'est une voix d'homme ou de femme, ça n'a pas de timbre. « Cette voix lui dit sournoisement que sa femme le trompe, lui ordonne d'exécuter telle ou telle chose. Il y répond parfois, même il se fâche, puis il se tait car il n'arrive pas à la faire taire. « Je sais, affirme-t-il, que c'est une voix imaginaire, mais tout de même c'est bizarre. » Au moment où la voix parle dans la tête ou dans la poitrine, il éprouve une sorte d'angoisse dans la région gastrique.

C'est souvent dans la bouche qu'il entend la voix : « tu vas voir ce qui va t'arriver, lui crie-t-elle, tu vas voir la putain. » Il sent aussi des frémissements dans les pieds qui remontent jusqu'au ventre. La voix lui dit alors : « c'est la maternité qui veut ça. »

Hallucinations de l'ouïe. — Il entend des voix d'hommes qui lui disent que sa femme a couché avec tel ou tel individu, où elle est, où elle va. « Cet homme, lui dit-on, est allé avec ta femme chez le marchand de vins. » Il entend des coups de sifflet. Il a remarqué

que le coup de sifflet perçu par l'oreille éveille la voix intérieure : « Quand j'entends le sifflet, on me cause dans la poitrine. » Ce fait se produit non seulement quand se fait entendre le sifflet hallucinatoire, mais aussi avec le bruit d'un sifflet réel. Ainsi, au moment de notre examen, nous entendons un coup de sifflet de locomotive, il s'arrête et nous dit : « Tenez, on a sifflé, j'ai entendu par les oreilles, et maintenant on vient me dire dans la poitrine que je suis cocu. » Ainsi donc une excitation périphérique provoque l'hallucination psycho-motrice.

Hallucinations de la vue. — Il a eu, comme tous les alcooliques délirants, des hallucinations nocturnes et diurnes ; il voyait des hommes autour de lui, des femmes, et même sa femme dans les bras d'hommes. Il voyait également des animaux.

B... avait en outre *des troubles de la sensibilité générale ;* il se sentait électrisé et avait des fourmillements sur tout le corps. Il mettait ce phénomène sur le compte de l'électricité : « ce sont les fils télégraphiques des routes qui me donnent ça, concluait-il. »

A la suite d'une scène de jalousie, poussé par ses idées de persécution, il frappa sa femme à la tête et l'aurait tuée, mais il prit la fuite et se rendit chez le commissaire auquel il conta qu'on voulait le mettre à mort chez lui. Il fut arrêté et envoyé au dépôt.

Arrivé à l'Asile clinique le 25 juillet 1897, nous le voyons le troisième jour de son arrestation.

C'est un homme petit, maigre, hâlé par le soleil, miné par l'intoxication alcoolique. Les traits sont très anxieux, il se méfie et parle très doucement. Il se penche en avant, regarde le sol, sans oser vous fixer.

Il nous raconte ses misères, en s'interrompant fréquemment. Depuis deux jours, dit-il, il est plus calme, dort mieux, mais il a toujours ces voix des oreilles et surtout la voix interne, la voix de la bouche, qu'il nomme « voix mystérieuse », mais tout de même « voix imaginaire ».

Tremblement des mains. Les artères radiales sont sinueuses, dures ; les battements lents, quoique réguliers. Le cœur est un peu gros, le second bruit à l'aorte est dur, claquant. Rien aux poumons. Foie un peu petit. Traces d'albumine dans les urines; elles ont disparu quelques jours après.

Le 27 juillet, B... se sent tranquille, il n'a plus autant de cauchemars et dort assez bien. Les mains tremblent toujours.

Le 1er août, B... est triste. il dit bien n'avoir plus d'hallucinations, mais il reste en un coin, isolé des autres malades. Il a quelques idées vagues d'hypocondrie : il ne guérira jamais, il ne peut plus digérer. Régime lacté pendant cinq jours.

Le 5 août, son état mental est meilleur, mais B... est toujours un peu sombre.

Le 3 septembre il est calme, dort bien, il écrit à sa femme pour

lui demander pardon, il avoue avoir trop bu et promet de ne plus recommencer. Transféré à Ville-Évrard.

Réflexions. — B..., comme tous les autres est un dégénéré héréditaire : son père alcoolique n'a pu avoir que des enfants faibles d'esprit ou aliénés. Ainsi préparé par sa prédisposition héréditaire, il fait des excès de boissons, et s'alcoolise à son tour.

Parmi tous les troubles de l'alcoolisme, celui qui attire notre attention, c'est l'hallucination psycho-motrice verbale, c'est la voix intérieure, il l'entend un peu partout, elle se déplace, se dégageant une fois de la tête, une autre fois de la bouche, de la poitrine.

Elle est réveillée par les excitations externes, les coups de sifflet réels. Ainsi, non seulement l'excitation du centre auditif cortical se propage au centre moteur du langage, mais même l'excitation périphérique provoque l'éréthisme du centre moteur du langage. Cette excitation vient souvent de loin, ce sont « des frémissements » dans les pieds, des troubles de la sensibilité générale qui provoquent la voix interne; mais cette hallucination périphérique indirecte, dont l'excitation porte en dehors de la zone d'innervation du système phonateur, produit des voix moins nettes et moins précises, le malade s'en rend compte lui-même, « on lui parle, dit-il, mais il ne comprend pas ».

Plusieurs points demandent à être éclaircis dans les précédentes observations. Mais examinons d'abord ce que c'est que l'*hallucination motrice verbale.*

Pour quelques auteurs la fonction du langage prend part à la production de cette hallucination. Ed. Fournié[1] y voit une hallucination de cette fonction. Pour M. Simon[2], c'est une impulsion de la même fonction : « Est-ce là, dit-il, une véritable hallucination, nous ne le croyons pas, c'est une impulsion plutôt qu'une hallucination. » Pour M. Séglas[3], c'est une hallucination intéressant la fonction du langage dans ses éléments psycho-moteurs.

[1] E. Fournié. *Physiologie du système nerveux*, 1872, p. 818.

[2] Max Simon. *Lyon médical*, 1880, nos 48 et 49, et *Monde des rêves*, 1880, p. 106.

[3] Séglas. *Progrès médical*, 1888, p. 125.

Il est indispensable de voir ce qui se passe dans notre esprit à l'état physiologique, pour pouvoir donner une explication à ce phénomène pathologique. Normalement, quand nous pensons à quelque chose, nous faisons appel à nos diverses mémoires. Les multiples souvenirs réveillent en nous des images plus ou moins précises ou plus ou moins effacées, qui nous servent à édifier psychiquement notre pensée. Les images réveillées, de natures différentes, se combinent, s'associent, et c'est ainsi que nous entendons notre pensée même avant de l'avoir exprimée. Ces images, souvent effacées chez les individus visuels et auditifs, sont au contraire prépondérantes chez les moteurs qui, pendant la réflexion, parlent mentalement leur pensée, au lieu de la lire [1].

« Chez moi, dit M. G. Ballet, comme chez la plupart des moteurs, quand je pense, la parole intérieure devient souvent assez vive pour que j'arrive à prononcer à voix basse les mots que dit mon langage intérieur; c'est là notre forme d'images vives à nous moteurs [2]. »

A l'état pathologique, l'hallucination motrice verbale n'est autre chose que la reproduction des images sensitives, avec une force morbide, de sorte que « le malade perçoit des paroles sans l'intervention d'images auditives » (Sérieux) [3].

Nous avons remarqué chez presque tous nos malades ce fait observé déjà par les auteurs, que les sujets, au moment où la voix intérieure se fait percevoir, accusent des mouvements, des sensations spéciales. Ces mouvements sont généralement localisés dans la gorge, la bouche, la langue, les lèvres, presque toujours dans la zone d'innervation des nerfs phonateurs. Pourtant on a vu des malades prétendre qu'on leur causait dans les intestins, dans les articulations (Baillarger), dans l'estomac ou dans les yeux (Séglas). Habituellement, c'est la langue qui est le siège des mouvements localisés. Le malade sent remuer sa langue à l'instant où la voix se fait entendre.

A l'état normal, quand nous prononçons des mots mentalement, nous sentons à l'état d'ébauche, des mouvements musculaires d'articulation dans la gorge, sur la langue ou

[1] Séglas. *Progrès médical*, 1888, p. 126.
[2] G. Ballet. *Le langage intérieur*, 1886, p. 52.
[3] Sérieux. *Archives de neurologie*, 1894, p. 335.

les lèvres. Rien de singulier à ce fait. Ces sensations tactiles et musculaires ne sont que les résidus des images kinesthésiques que l'articulation des mots provoque.

Mais il faut aussi tenir compte des sensations kinesthésiques variées localisées au larynx, dans les muscles respiratoires. C'est qu'en effet au cours de l'articulation des mots, les sensations tactiles et musculaires de la langue et des lèvres ne sont pas les seules qui se produisent (Sérieux). « Les deux phénomènes musculaires (expiration volontairement réglée et mouvements phonateurs du larynx) qui précèdent et préparent l'articulation intra-buccale, sont aussi indispensables qu'elle à la formation de la parole et font partie intégrante et nécessaire de l'acte d'ensemble... Trois actes aussi clairement volontaires et aussi indéniablement cérébraux doivent être représentés dans l'écorce, dans des zones distinctes, mais fonctionnellement réunies et anatomiquement associées entre elles par un système de fibres anastomotiques. » (P. Raugé [1].)

Ainsi, à l'état pathologique, l'hallucination motrice verbale n'est autre chose qu'une reproduction d'une intensité morbide des images sensitives, motrices et verbales. C'est ainsi que l'éréthisme du centre cortical du langage articulé chez les hallucinés de toutes les variétés, et chez les alcooliques que nous avons étudiés, retentit sur les centres voisins (sensitivo-moteurs, respiratoires, etc.) avec lesquels il a des connexités intimes.

Comme nous l'avons fait remarquer à propos de notre observation I, certains malades croient parler automatiquement. L'éréthisme du centre cortical moteur verbal produit aussi des mouvements réels d'articulation, de sorte que les individus semblent parler automatiquement. Cela s'explique. L'excitation du centre de Broca, ainsi que l'a démontré M. Jules Soury, produit suivant l'intensité, des symptômes variables. Ainsi l'éréthisme de ce centre détermine :

1° La représentation des mouvements:

« 2° Un courant nerveux centrifuge qui, suivant le degré d'irritation pathologique du centre considéré, déterminera dans les nerfs et dans les muscles destinés à l'articulation,

[1] P. Raugé. *Sur les centres psycho-moteurs de la parole articulée.* (*Bulletin médical*, 29 juin 1892.)

ou des états faibles d'innervation périphérique qui, sans qu'il y ait d'articulation véritable, provoqueront une sensation analogue pour la conscience; ou des rudiments d'articulation perceptibles seulement pour le malade; ou des mouvements réels, mais toujours sans qu'aucune parole soit prononcée en réalité. Toutefois, avec la durée et l'intensité du centre cortical, une émission des mots pourra se produire. » (Jules Soury [1].)

Parfois c'est une excitation externe (obs. IV) qui réveille l'hallucination motrice verbale, ou bien ce sont les voix des oreilles qui commencent, puis la voix intérieure répond (obs. I).

L'excitation jusque-là portait directement sur les organes de la phonation et de l'articulation, mais il est des cas où cette excitation porte beaucoup plus loin, bien en dehors de la région d'innervation des organes phonateurs comme dans l'observation IV. Le malade éprouve des élancements dans les jambes; et, à mesure que cette excitation augmente elle se transforme en hallucination motrice verbale; la voix est d'abord peu précise, mais aussitôt qu'elle arrive dans la zone des organes phonateurs elle est plus nette.

Il faut donc, pour la production d'une hallucination verbale psycho-motrice :

1° Une prédisposition spéciale. Nos observations nous le démontrent. Nos quatre malades sont d'abord des héréditaires, puis ont cette prédisposition que M. le professeur Joffroy [2] nomme hallucinogène.

2° Une excitation périphérique ou centrale des organes sensoriels.

Et comment expliquons-nous ces cas. Nos malades, des dégénérés et des héréditaires, tous, enfants d'aliénés et d'alcooliques, se trouvent dans des conditions hallucinogènes. L'alcoolisme ne fait qu'augmenter chez eux la susceptibilité de l'encéphale, et lentement, progressivement produit son action morbide sur tout le système nerveux. Dans le délire alcoolique, l'encéphale, sursaturé d'alcool, est dans un éréthisme considérable, les hallucinations apparaissent multiples, effrayantes. Un bruit, un rien fait sursauter le malade;

[1] Soury. *Les fonctions du cerveau*, 2e édit., 1890, p. 370.

[2] Joffroy. *Hallucinations unilatérales*. (*Archives de neurologie*, 1896.)

les excitations externes provoquent chez quelques-uns de nouvelles hallucinations. Donc rien de surprenant que l'excitation des centres se propage, intéresse le centre moteur de la fonction langage.

Généralement, ces hallucinations déterminent chez les malades un état de dépression mélancolique ; souvent elles entraînent un dédoublement de la personnalité, et surtout l'idée de possession qui en est la conséquence. Chez nos alcooliques, les hallucinations psycho-motrices verbales n'ont pas eu plus de retentissement sur l'ensemble des idées délirantes, que les autres troubles hallucinatoires.

En défintiive les hallucinations psycho-motrices verbales existent dans l'alcoolisme au même titre que les autres hallucinations. Elles sont relativement très rares. Elles sont comme les autres troubles hallucinatoires, la conséquence de l'éréthisme cérébral provoqué par l'intoxication alcoolique.

RECUEIL DE FAITS.

HYSTÉRIE DE L'ENFANCE;

Par BOURNEVILLE et J. BOYER.

Le cas d'hystérie mâle de l'enfance que nous allons rapporter, observé à l'INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE, s'ajoute à ceux que l'un de nous a déjà publiés. Il s'est terminé par la guérison, en un temps relativement court, comme les autres, et mérite, à plusieurs égards d'attirer l'attention de nos lecteurs.

SOMMAIRE. — *Père, excès de boissons, mort à trente-huit ans d'une maladie de poitrine attribuée à l'alcoolisme. — Pas de renseignements sur la famille paternelle. — Mère, nerveuse, morte à trente-deux ans d'une affection cardiaque. — Grand'mère maternelle, crises nerveuses, congestion cérébrale. — Pas d'autres renseignements sur la famille maternelle. — Frère arriéré. — Autre frère très nerveux.*

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de six ans.

Conception et grossesse : Désaccord dans le ménage. — Naissance

rien de particulier. — Aucun détail sur l'évolution physique. — Pas de convulsions. — Intelligence normale. — Début des attaques en octobre.

1897. — *Affaiblissement simultané de la mémoire, déchéance intellectuelle, embarras de la parole, peurs exagérées et sans motif. — Description du malade à treize ans. — Traitement médico-pédagogique. — Disparition des attaques. — Amélioration progressive de l'état intellectuel et moral. — Guérison.*

Gabriel F..., né à Villers-Cotterets le 4 août 1885, est entré à l'Institut médico-pédagogique le 9 février 1898.

Antécédents (Renseignements fournis par la grand'mère paternelle et par le médecin de la famille). — *Père*, négociant en vins, excellent sujet, mais à la suite de contrariétés, s'est mis à boire. Il n'a jamais pu s'accorder avec sa femme. Mort à trente-huit ans d'une maladie de poitrine causée, dit-on, par l'*alcoolisme*. Dans les derniers temps il était très exalté. — *Grand-père paternel* aucun renseignement. — *Grand'mère paternelle*, soixante ans, bien portante, intelligente, nerveuse. — Pas d'autres renseignements sur la famille paternelle.

Mère « *névropathe* des plus accentuées », sans cependant avoir des attaques de nerfs. Caractère peu commode. Morte onze jours après son mari d'une affection cardiaque à trente-deux ans. — *Grand-père maternel* aucun renseignement. — *Grand'mère maternelle* encore vivante, a des *crises convulsives* qui durent quelquefois deux heures; elle a toujours été malade, a eu récemment une congestion cérébrale. — Un *frère* bien portant, sobre. Pas d'aliénés, etc., dans la famille.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de six ans, père plus âgé.

Quatre enfants : 1° Garçon de dix-sept ans et demi; « le pauvre enfant est bien de corps, mais il est *arriéré*, c'est un véritable enfant; ce n'est pas un déséquilibré, mais c'est un sujet à cases vides. » — 2° Garçon, mort d'une bronchite, pas de convulsions. — 3° Notre malade. — 4° Garçon, huit ans, intelligent, a très souvent des *cauchemars*, « c'est aussi un candidat aux troubles nerveux ».

Notre malade. — Au moment de la *conception*, et durant la *grossesse* désaccord dans le ménage. Pas d'autres détails. — *Accouchement* à terme, naturel, par la tête (?). — *A la naissance*, rien de particulier. Jamais de convulsions. — Aucun détail sur l'évolution physique et intellectuelle de l'enfant. N'aurait rien présenté d'insolite jusqu'en octobre 1897. — Était même très intelligent. — A cette époque (rentrée des classes) Gabriel se figure qu'il ne peut suivre la classe où on l'a placé au collège de

Soissons. La vue de son professeur qui avait, nous dit-on, la voix brève et les yeux méchants l'effraie au point de déterminer chez l'enfant une violente *crise nerveuse* qui dura de huit heures du matin à dix heures. On nous a affirmé qu'il n'y a eu aucune violence exercée vis-à-vis de l'enfant. A partir de ce moment, Gabriel à la moindre contrariété, au moindre ennui (leçon non sue, devoir non fait) a des *attaques* de durée variable; en a eu jusqu'à neuf par jour. La grand'mère paternelle, qui l'a gardé à sa charge a dû le retirer du collège. En même temps l'enfant devient de plus en plus énervé, on constate un *affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence.* — Le Dr Mouflier conclut à l'*hystérie*. Ce diagnostic est sanctionné par M. le Dr Gilbert Ballet qui voit l'enfant et conseille son placement dans un établissement spécial. La crainte de quitter sa famille provoqua chez l'enfant une rémission ; mais pendant le temps que dura cette rémission, Gabriel se mit à bégayer et le *bégaiement* ne disparut qu'à la réapparition des attaques. Dans l'impossibilité de garder plus longtemps l'enfant avec elle, la grand'mère le conduit à l'*Institut médico-pédagogique.*

ÉTAT A L'ENTRÉE. — a) *Etat physique.* — La physionomie paraît intelligente, très éclairée. Les *cheveux* sont blonds, assez épais, plutôt raides, bien plantés, sans épis, n'empiétant pas sur le front, limités régulièrement.

Le *crâne* est ovoïde, peut-être un peu plus fort à droite qu'à gauche. Le *front* est assez large, haut, un peu bombé, les bosses frontales sont saillantes et rapprochées, légère dépression au-dessus des arcades sourcilières, qui forment une saillie assez prononcée; les sourcils sont très blonds, peu épais, à peine visibles surtout aux extrémités externes, solution de continuité ; les *paupières* sont boursouflées, surtout la paupière supérieure et présentent un fort ourlet qui s'étend jusqu'aux commissures externes; les *cils* sont châtains, longs, fournis aux paupières supérieures, plus blonds, courts et clairsemés aux paupières inférieures ; les *yeux* sont gros, saillants, l'iris gris marron, la pupille dilatée en face la lumière; la racine du nez est large, le *nez* court, légèrement levé, les narines visibles de face, elliptiques, celle de droite un peu plus ouverte, les ailes peu dessinées ; les *pommettes* sont saillantes et colorées ; la *lèvre supérieure* est large et saillante ; la relèvre inférieure déborde sur la supérieure; la *bouche* est un peu large (55 millimètres) ; le *palais* est un peu ogival, les *dents* sont assez régulièrement plantées, les incisives médianes supérieures larges en fer de bêche; l'incisive latérale droite s'imbrique sur l'incisive voisine, la canine supérieure droite ne fait que pointer. la mâchoire inférieure ne présente rien de particulier ; le *menton* est rond; les *oreilles* sont égales et symétriques (longueur 6 centimètres), décollées, l'ourlet est très accentué, le lobule non adhé-

rent. L'ensemble de la *face* présente une légère asymétrie, le côté droit est un peu plus fort et lorsque l'enfant rit la commissure labiale gauche se relève un peu ; le *visage* est rond ; la *peau* est fine.

Le *cou* est moyen, circonférence médiane, 32 c. 5.

Le *corps* tout entier est bien proportionné, un peu bouffi ; la musculature est ferme, la peau est fine. Le *thorax* est un peu aplati, la région pectorale peu développée, le dos un peu rond, la colonne vertébrale régulière, le ventre assez gros. Les membres ne présentent rien de particulier.

Puberté : pénil glabre, ainsi que les aisselles et le corps tout entier. *Bourses* pendantes, de niveau. *Testicules* égaux de la dimension d'un œuf de merle; *verge* normalement développée, circonférence, 4 centimètres, longueur, 4 centimètres ; *prépuce* un peu long, *gland* découvrable, méat normal ; anus glabre.

b) *Etat physiologique.* — L'enfant est très actif et bruyant ; tous les mouvements articulaires s'exécutent normalement. Dans la station debout, l'attitude assise, la marche, tendance à se voûter. Lorsque Gabriel a eu plusieurs attaques consécutives, il marche les cuisses serrées l'une contre l'autre, les genoux se touchant; à ces moments les articulations du genou et de la hanche ne peuvent, même passivement, exécuter que des mouvements très limités. — *Organe des sens : vue,* myopie assez prononcée, à la distance d'un mètre ne peut lire des lettres de 3 centimètres de long ; l'œil gauche est plus faible que l'œil droit ; l'*ouïe*, normale à droite et faible à gauche ; rien à signaler sur le toucher, le goût et l'odorat. — La *parole* est libre ; rire très facile. Les fonctions digestives s'accomplissent normalement.

Rien à l'auscultation des *poumons* et du *cœur ;* le *foie* déborde légèrement les fausses côtes.

Clou hystérique très prononcé ; *rachialgie* prononcée de la septième cervicale à la dernière lombaire ; *point hystérique* au niveau de la septième dorsale ; zone hystérique au niveau des flancs et au-dessus des aines.

La *sensibilité* à la chaleur au frôlement, au pincement, est conservée et égale des deux côtés. Sensibilité au chatouillement un peu exagérée.

c) *Etat psychologique.* — L'intelligence paraît d'abord de force moyenne ; en observant l'enfant, dans l'exercice de ses facultés intellectuelles, on sent qu'il y a chez lui, sinon déchéance, au moins un peu d'obnubilation dans les idées. La nature de ses fautes d'orthographe, de ses erreurs de calcul, fait supposer que l'enfant a oublié beaucoup de ce qu'il savait. C'est ainsi qu'il a la notion des règles d'accord, mais il les applique à tort et à travers; de même en arithmétique il commence une multiplication, mais

est incapable de la mener jusqu'au bout. Ne connait absolument rien en histoire et en géographie ; là nous nous trouvons encore en présence d'une perte de mémoire, puisque, d'après sa grand'-mère, en juillet 1897 Gabriel aurait pu subir avec succès les épreuves du certificat d'études primaires. — L'attention est de peu de durée, la réflexion impossible, la mémoire comme engourdie, l'imagination paresseuse. Un peu d'incohérence, beaucoup de naïveté dans le jugement et le raisonnement.

d) *Etat instinctif et moral.* — Gabriel est plutôt gai, aime la société de ses maitres et de ses camarades avec lesquels il joue peut-être un peu trop bruyamment. Instinct de la conservation exagéré, a peur de l'obscurité, du moindre bruit insolite. Taquin, mais sans méchanceté. Bavarde sans cesse, tendance à semer la discorde entre ses camarades. Très expansif. A la notion du bien et du mal ; rien d'exagéré dans ses pratiques religieuses. — Onanisme supposé. — Il est assez ordonné, a soin de ses affaires, respecte celles des autres. — Volonté plutôt active mais facile à entraîner.

Description d'une attaque. — Gabriel est debout adossé au chambranle d'une porte, tout à coup, sans cri initial, sans aura, le corps se raidit dans l'extension la plus prononcée, les bras se collent contre le tronc, la face se congestionne, les traits se crispent, les yeux sortent de l'orbite, restent grands ouverts, la pupille se dilate au point que l'iris ne forme plus qu'une zone presque imperceptible. Comme le corps se penchant vers la gauche menace de tomber on étend le malade de tout son long à terre. Mouvements tétaniformes limités aux membres supérieurs, se produisant toutes les douze ou quinze secondes. Les mains sont fermées, le pouce en dedans. Une bave mousseuse très abondante, formant comme une petite noix s'échappe par intermittence de la commissure labiale gauche. On l'essuie et elle se reproduit à intervalles rapprochées. La tête et le regard sont légèrement tournés à gauche. Le corps est raide, on le soulève en entier, en prenant les deux pieds. Tendance à l'incurvation des reins, on peut passer la main entre le sol et les fesses de l'enfant. A mesure que l'attaque se continue, la face tout en restant congestionnée se couvre de sueurs, les yeux se remplissent de larmes. Les paupières restent immobiles même si on fait passer un objet devant les yeux. L'attaque proprement dite a duré dix-huit minutes. Puis Gabriel après avoir eu une demi-minute une expiration sifflante s'est mis à respirer bruyamment et la rigidité a cessé aussitôt. L'enfant reprend en partie connaissance, il peut nous dire qu'il souffre un peu de la tête. Le corps est affaissé comme brisé de fatigue. Il ne fait aucun mouvement. Cinq minutes après sans que l'enfant perde connaissance à nouveau et que son corps

se raidisse, les membres supérieurs se projettent en avant dans une secousse tétaniforme en même temps que la face reprend la physionomie de l'attaque. Les bras restent quelques secondes raides mais la main est ouverte, les doigts écartés ; si on les fait se rapprocher ils s'écartent de nouveau dès qu'on ne les maintient plus. On a pu compter jusqu'à treize de ces secousses se reproduisant à peu près à cinq minutes d'intervalles. Quelquefois elles sont accompagnées d'un coup de tête en avant ; assis l'enfant ne tombe pas, mais debout, il fait plusieurs pas en avant, le tronc très incliné, on doit le soutenir pour éviter une chute probable.

Traitement. — Bain toutes les semaines, douche froide sur le dos jusqu'au 15, et douche complète à partir du 16, tous les jours ; gymnastique, travaux scolaires et manuels, traitement moral.

Février. — Le 10, trois attaques. — Le 13, une (décrite ci-dessus). — Le 14, trois — Le 15, deux. — Le 17, deux. — Le 18, deux. — Toutes ces attaques ont présenté les mêmes caractères que celle du 13. Les dernières ont montré quelque différence dans la période de résolution. Au lieu des secousses tétaniformes qui marquaient la seconde phase de l'attaque, nous constatons après plusieurs cris de joie alternant avec des pleurs et des gémissements plaintifs, de véritables mouvements coordonnées. Gabriel prend son mouchoir des mains de l'infirmier, le plie en triangle, le place sur la table et appuie son front dessus ; dans un mouvement involontaire, il le fait tomber à terre, le ramasse aussitôt et le remet en place : on l'appelle, il ne répond pas, les paupières se ferment si on fait passer un objet devant les yeux. — Le 19, l'enfant se plaint toute la matinée de ressentir, au niveau de l'épigastre, la montée d'une boule qui lui donne l'angoisse de l'étouffement. Quelques heures après, attaque.

Le 27, deux attaques ; elles se sont succédées à une demi-heure d'intervalle. La première a duré cinquante minutes : le début a été semblable à celui des autres ; au bout de cinq minutes *inhalations d'éther :* la raideur persiste, la face reste convulsée, mais les mouvements des bras se produisent à intervalles très éloignés. On cesse l'inhalation au bout de dix minutes, la raideur du corps ayant disparu. Gabriel se replie sur lui-même, puis brusquement projette les jambes et les bras de tous côtés et renverse la tête en arrière ; à diverses reprises l'incurvation du corps est très nette. Le malade essaie de mordre tout ce qui est à sa portée, ses propres mains, ses bras, la jambe de l'infirmier, une serviette, etc. Il fait les mouvements d'une personne qui se défend et qui attaque, les poings sont fermés, l'avant-bras replié sur le bras, la physionomie exprime tantôt la frayeur, tantôt la colère ; il ne bave plus. La deuxième attaque a présenté les mêmes caractères en raccourci ; durée, dix minutes. — Le 28, une attaque ; dans la période de résolution, Gabriel tout en poussant des cris de joie essaie de

rapprocher ses deux mains dont il tient les doigts écartés comme s'il voulait les frotter l'une contre l'autre ; mais on dirait qu'un obstacle s'oppose à leur contact. — Toutes les fois qu'il y a eu attaque dans la journée, la nuit l'enfant est très agité, il paraît avoir des cauchemars, cause à haute voix, mais on ne comprend pas ce qu'il dit. — Dès le mois de février on le fait travailler en classe aussi régulièrement que le permet son état.

Mars. — Même traitement. — Onze attaques en tout. Durée moyenne quatre minutes. La rigidité est beaucoup moins accentuée. A la fin du mois de mars le malade est capable de faire correctement la suspension à l'échelle convexe et horizontale, et tous les mouvements d'ensemble. — En classe il acquiert de nouveau ce qu'il avait oublié : l'orthographe est meilleure, les devoirs de style possibles, il a réappris la multiplication et la division. Moins taquin avec ses camarades.

Avril. — Le 1er, sorte de vertige caractérisé par la fixité du regard, durée dix secondes. — Le 5, attaque complète durée vingt minutes. — Le 21, sommeil agité, l'enfant s'est levé en dormant a traversé sa chambre, a été dans la pièce voisine, a essayé de monter dans le lit d'un camarade, puis est retourné à son lit. Il a dormi ensuite paisiblement. — La déchéance intellectuelle paraît enrayée ; Gabriel travaille de mieux en mieux en classe ; il fait de petits problèmes et possède les notions élémentaires de géographie.

Mai. — Le 19, hoquet au moment de se coucher, pendant une heure. — Le 21, petit accès de tristesse qui a duré deux heures ; l'enfant s'était taquiné avec un de ses camarades. — La mémoire revient, l'enfant peut apprendre de petits morceaux de récitation. — La marche est maintenant normale. — On constate la disparition du clou et des zones hystériques ainsi que de la rachialgie.

Juin. — Aucun accident nerveux. Les progrès en classe et en gymnastique continuent. Dans ses conversations l'enfant fait preuve d'esprit de suite et de jugement. — N'a plus peur de l'obscurité. L'impressionnabilité s'est fortement atténuée.

Juillet. — Aucun accident nerveux. — Persistance de l'amélioration intellectuelle. Gabriel a acquis quelques notions d'histoire et de sciences naturelles.

Le 8 *août*, l'enfant quitte l'Institut médico-pédagogique.

Poids à l'entrée 41 kilogr.
— à la sortie : 44,200.
Taille à l'entrée : 1m,465.
— à la sortie : 1m,49.

Depuis que Gabriel a quitté l'Institut médico-pédagogique, nous avons eu l'occasion de recevoir de ses nouvelles soit par sa grand'-mère paternelle avec laquelle il habite, soit par le médecin qui nous l'avait amené. L'enfant n'a plus eu d'accident nerveux. Il est retourné au collège, où il se conduit bien, et travaille régulière-

ment. Lui-même nous a écrit en mai dernier, et sa lettre est celle d'un enfant raisonnable et reconnaissant qui tient à montrer qu'il n'a pas oublié ceux qui se sont occupés de lui. Une tante maternelle, que nous avons vue le 6 octobre 1899, confirme ce qui précède et dit que Gabriel a toujours pris des douches. Même attestation par une lettre de sa grand'mère du 7 octobre.

TABLEAU DES ACCIDENTS NERVEUX

	ATTAQUES	VERTIGES	ACCIDENTS DIVERS
Février	18	»	»
Mars.	11	»	»
Avril.	1	1	Un accès de somnamb.
Mai	»	»	Hoquet d'une heure.
Juin.	»	»	»
Juillet.	»	»	»
Août.	»	»	»

Réflexions. — 1° L'*hérédité* de l'enfant est chargée : le père est un *alcoolique*, la mère une *névropathe*, la grand'-mère maternelle a des *crises convulsives*. Cette hérédité a également touché les deux frères du malade, dont l'un est un *arriéré*, et l'autre *très nerveux*. — Les antécédents personnels se bornent à l'état de nervosité dans laquelle se trouvaient le père et la mère, au moment de la conception et cette dernière durant la grossesse.

2° Les *stigmates de dégénérescence* physique sont peu importants : une légère asymétrie de la face et du crâne. A retenir cependant la faiblesse de l'œil et de l'oreille gauches.

3° Nous nous trouvons bien en présence d'un cas d'*hystérie mâle*, très caractérisée : clou hystérique, rachialge, zones hystérogènes, attaques bien définies.

4° La maladie débute à douze ans, et provoque un affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, ce qui est rare dans l'hystérie, en même temps qu'un état de nervosité qui rend l'enfant insupportable. Une période de rémission incomplète nous montre le *bégaiement* venant, pour ainsi dire, remplacer les attaques, et leur céder la place dès qu'elles se reproduisent.

5° Sous l'influence du *traitement médico-pédagogique*, l'activité se règle, les attaques diminuent et disparaissent, la

mémoire se raffermit, l'intelligence réapparaît et le malade réapprend ce qu'il avait perdu. Il devient capable d'un travail intellectuel et physique assidu, il retourne au collège, et, tout nous permet de croire qu'il y a eu guérison, car les attaques n'ont pas reparu depuis mai 1898.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XII. **Les voies centrales de la sensibilité générale** (*Étude anatomo-clinique*) ; par le Dr Long. (Thèse de Paris, 1899, 280 pages, 75 figures. Steinheil, éditeur.)

Travail du plus haut intérêt où l'auteur estime que, dans l'état actuel de la science, il est nécessaire, pour l'étude des voies centrales de la sensibilité générale, de revenir à la doctrine qui fut défendue par les physiologistes, par Cl. Bernard et par Vulpian en particulier ; en la complétant avec les acquisitions faites plus récemment par la neurologie, on peut arriver aux conclusions suivantes :

1° Les fibres afférentes à la moelle épinière se terminent en s'arborisant autour des cellules de la substance grise, avec laquelle elles ont des points de contact multiples, au-dessus et au-dessous du plan d'implantation de chaque racine;

2° La substance grise qui reçoit les fibres centripètes des racines rachidiennes postérieures et des nerfs sensitifs crâniens est un élément fonctionnel très complexe ; ses connexions avec les autres régions du système nerveux central sont multiples et, d'autre part, ses divers étages sont eux-mêmes réunis par de nombreuses fibres commissurales et d'association.

Parmi les fonctions qui incombent à cette substance grise, on doit comprendre la conduction de la sensibilité générale dont les impressions périphériques se transmettent de proche en proche par des voies encore mal définies jusque dans les centres supérieurs ;

3° Au delà du système des neurones périphériques on ne trouve pas, dans la substance grise et dans les faisceaux blancs des centres nerveux, de voie indispensable à la transmission de la sensi-

bilité générale considérée dans sa totalité, ou à la transmission d'une catégorie particulière d'impressions sensitives;

4° Le ruban de Reil médian représente un système complexe de fibres. Il comprend d'abord des fibres ascendantes réunissant les noyaux des cordons de Goll et de Burdach à la couche optique et des fibres moins longues s'arrêtant en différents points de la substance grise;

5° Dans l'isthme de l'encéphale, l'étude des localisations cérébrales tend à prouver que c'est principalement par la région de la calotte que se fait la transmission de la sensibilité générale; mais on ne peut attribuer cette transmission au ruban de Reil seulement; il est nécessaire de faire entrer en ligne de compte la substance grise et les voies courtes de la formation réticulée;

6° La couche optique constitue un relai pour les voies ascendantes pédonculaires; on sait en particulier que le ruban de Reil médian s'arrête dans le noyau externe et le centre médian de la couche optique;

7° Les connexions de la couche optique avec l'écorce cérébrale se font par le système des fibres thalamo-corticales, mais il n'existe pas, dans le segment postérieur de la capsule interne, de région déterminée par laquelle ne passeraient que des fibres sensitives; ces dernières sont en effet mélangées aux autres fibres verticales ou transversales de la capsule interne;

8° Sur l'écorce cérébrale, la motilité, la sensibilité générale et le sens musculaire ont la même localisation;

9° La multiplicité des moyens de transmission de la sensibilité générale est en rapport avec l'importance des phénomènes de suppléance qui jouent un grand rôle dans la physiologie normale et pathologique des voies sensitives centrales. E. Blin.

XIII. Sur les altérations des grandes cellules pyramidales consécutives aux lésions de la capsule interne; par le Dr Marinesco.

En tenant compte de nos connaissances actuelles sur la réaction des différents neurones après la section de leur prolongement axillaire, l'auteur s'est demandé quel pouvait être le sort des grandes cellules pyramidales après les lésions de la capsule interne et, dans ce but, il a examiné le lobule paracentral, les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes dans six cas d'hémiplégie due à des lésions plus ou moins anciennes de la capsule interne.

Les altérations trouvées dans le lobule paracentral, du même côté que le foyer destructif, portent exclusivement sur les grosses cellules pyramidales; mais la lésion de celles-ci dépend, d'une manière générale, de l'ancienneté du foyer et de son étendue. On peut dire que plus le foyer est ancien, plus la dégénérescence et

l'atrophie des cellules pyramidales sont [illegible]. Le [illegible] de la cellule est transformé en substance [illegible] à tort pigment et qui dérive par voie de [illegible] des éléments chromatophiles. Cette [illegible] pyramidale, allant jusqu'à son atrophie [illegible] faisceau pyramidal dans la capsule interne [illegible] culier que présente tout neurone moteur [illegible] la destruction de son prolongement [illegible].

La dégénérescence progressive et [illegible] midaux consécutive aux lésions en foyer [illegible] nous démontre que ces lésions des cellules [illegible] parables. *Revue neurologique*, mai [illegible].

XIV. Des différentes formes de paraplégie due à la compression de la moelle épinière. — Leur physiologie pathologique par M. le professeur Van G[illegible]

D'après M. van Gehuchten, la [illegible] avec abolition des réflexes, à la [illegible] laire, est explicable, en l'état [illegible] interruption anatomique ou [illegible] au point comprimé, et il n'y a pas [illegible] que le soutient M. Brissaud, à [illegible] musculaires. Cela posé, l'auteur [illegible] les formes les plus typiques de paraplégie [illegible] médullaire.

	1re forme	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Troubles moteurs.	Paraplégie spasmodique. Exagération des réflexes.	Paraplégie [illegible] Ab[illegible] des réflexes.	[illegible]	[illegible]
Troubles sensitifs.	Pas.	Pas.	[illegible]	[illegible]

Examinées au point de vue des [illegible] sensitifs, ces quatre formes de paraplégie [illegible] sorte que des degrés différents [illegible] pas des entités morbides [illegible] il existe entre elles, en effet, [illegible] sition. De plus, elles se [illegible] elles se transforment l'une dans [illegible] dant le cours de son [illegible] manifestations

qu'elles subissent ont lieu, tantôt dans le sens d'une aggravation, tantôt dans le sens d'une amélioration. En somme, dans la symptomatologie de la compression médullaire, tout dépend du degré de compression que la moelle subit à un moment donné et du nombre, et surtout de la nature des fibres nerveuses médullaires momentanément ou définitivement mises hors de service.

Dans toute compression médullaire s'observent des troubles moteurs; c'est que les fibres motrices sont plus sensibles au traumatisme que les fibres sensitives; mais ces fibres motrices elles-mêmes ne sont pas également résistantes, les plus vulnérables semblent être les fibres cortico-spinales et les fibres cérébello-spinales. La compression de ces fibres produit la paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes (1er degré). Quand la compression augmente, et quelle interrompt automatiquement ou fonctionnellement, en outre des fibres cortico-spinales et cérébello-spinales, les autres fibres motrices provenant du mésencéphale, de la protubérance annulaire et de la moelle allongée, la paraplégie devient flasque et les réflexes tandineux sont abolis (2e degré). Si la compression s'accentue encore, elle retentit sur les fibres sensitives. Parmi celles-ci, les plus facilement atteintes, sont celles du faisceau de Gowers, que M. Van Gehuchten considère comme servant à la transmission des impressions douloureuses et thermiques. En effet, si, dans le cours d'une paraplégie flasque, on voit survenir des troubles de la sensibilité, ceux-ci retentissent tout d'abord sur la transmission des impressions douloureuses et thermiques, transmission qui est affaiblie ou abolie. Le fait que, dans certains cas, la sensibilité à la douleur est seule atteinte, et que la zone d'analgésie s'étend parfois plus haut que la zone de thermo-anesthésie, permet de penser qu'il existe peut-être dans le faisceau de Gowers des fibres distinctes pour la transmission de la douleur et pour la transmission de la température. Après la compression des fibres du faisceau de Gowers, on voit la lésion médullaire amener la perte de la sensibilité musculaire (compression des fibres du faisceau cérébelleux ou des fibres des cordons postérieurs?). La sensibilité tactile (fibres des cordons postérieurs ou fibres du faisceau cérébelleux ?) persiste le plus longtemps. Il est à remarquer que, de toutes les fibres de la moelle, ce sont celles du faisceau cérébelleux et celles des cordons postérieurs qui opposent au traumatisme le plus de résistance, tandis que, dans la syphilis, ce sont les fibres des cordons postérieurs qui paraissent les plus vulnérables.

La compression de la moelle épinière, à n'importe quel niveau, ne retentit pas toujours d'une façon systématique, d'abord sur les fibres motrices et ensuite sur les fibres sensitives. A côté des formes typiques, il existe des formes irrégulières, atypiques : telles sont, par exemple, celles dans lesquelles les troubles sensi-

tifs surviennent avant que la compression n'ait mis hors de fonction toutes les fibres motrices; ou encore, celles dans lesquelles la compression exerce son maximum d'intensité d'abord sur les fibres sensitives. Dans une de ces formes dont la production n'a pas encore reçu d'explication physiologique certaine, on observe, à côté de troubles moteurs plus ou moins accusés, une exagération de l'une ou l'autre forme de la sensibilité. A. Fenayrou.

XV. **Les phénomènes de réparation dans les centres nerveux après la section des nerfs périphériques**; par M. G. Marinesco. (*Presse médicale*, 19 avril 1899.)

Réponse de M. Marinesco aux assertions formulées par M. Van Gehuchten dans un travail sur le même sujet, publié dans le numéro du 4 janvier 1899 de la *Revue médicale*. A. Fenayrou.

XVI. **La manière d'être des cellules des ganglions spinaux dans le tabes éclairée par la méthode de coloration de Nissl**; par K. Schaffer (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Le type normal de ces organes a été exposé par Lenhossek *in Archiv. f. Mikroskop. Anatomie*, 1897.

En ce qui concerne la matière colorable du protoplasma cellulaire que Lenhossek nomme avec raison tigroïde, c'est le substratum propre de la matière tinctoriale de Nissl. Ceci dit, dans les ganglions spinaux normaux, le protoplasma est intimement uni à la capsule épithéliale, et contient des mottes, de grosseurs les plus différentes, de forme angulaire, grumeleuse, distordue. Les grosses sont attachées à la périphérie du protoplasma (couronne de mottes marginales) et sont composées de la soudure de plusieurs petites mottes ensemble. A l'intérieur du protoplasma, fines, extrêmement fines granulations. On doit, en ce qui concerne la grosseur et le nombre des mottes, distinguer trois espèces de cellules : 1° La cellule claire qui possède presque toujours sa couronne de mottes marginales; 2° La cellule à grosses mottes qui ne possède pas sa couronne de mottes marginales; la substance tigroïde représente des corps déchirés, floconneux, quelquefois les plus grosses sont à gros angles; 3° La cellule intermédiaire aux deux premières espèces.

Dans les ganglions spinaux tabétiques, il n'y a guère de cellules nerveuses à considérer comme pathologiques. La substance chromatique et le noyau sont normaux; même dans les cas de tabes absolu avec dégénérescence extrême des racines postérieures. Ce noyau forme, comme dans les préparations normales, une vésicule claire entourée d'une claire lisière sans mottes. Il est extrêmement rare que le noyau soit recoquillé ou présente une

forme anormale. La substance chromatique est normalement colorée. Jamais de vacuoles. Peut-être la substance chromatique. dans le tabes au début, se colore-t-elle d'une façon plus intense et se sature-t-elle de matière colorante plus que dans le tabes absolu : c'est tout. Pas de capsules vides, pas de cellules des capsules qui prolifèrent. Cette constatation négative, contraire à celle de Marinesco, prouve que la lésion initiale du tabes ne doit pas être cherchée dans les ganglions spinaux. P. Keraval.

XVII. Recherches sur la moelle et le cervelet des oiseaux ; par A. Friedlænder. (*Neurolog. Centralbl.* XVII, 1898.)

Etude chez le pigeon domestique des relations de la moelle et du cervelet, qui n'est chez l'oiseau qu'un vermis, au moyen de la méthode des dégénérescences. Soixante-dix opérations sur cet animal éthérisé. Analyse fine de l'anatomie normale du cervelet et de la moelle ainsi que de leurs rapports connus jusqu'ici. Détails relatifs : A) aux expériences de sections transverses de la moelle destinées à décider s'il y a dégénérescence ascendante et de quelles fibres, B) aux lésions de diverses parties du cervelet pour savoir s'il y a des fibres cérébelleuses descendantes.

Résumé. — I. *Faisceaux qui à la suite de l'hémisection latérale de la moelle dégénèrent dans la moelle en haut et en bas.* — 1° Il y a des fibres qui, au-dessus et au-dessous de l'endroit vivisecté, dégénèrent dans les mêmes zônes. Il doit donc y avoir dans la plupart des conducteurs de la moelle des oiseaux des faisceaux dans les deux sens. Mais c'est moins accusé dans les *cordons postérieurs* : ils envoient en bas de courtes dégénérescences radiculaires, tandis qu'on constate une dégénérescence qui monte jusqu'au bulbe. Seulement la zone de dégénérescence est de plus en plus pauvre, ce qui permet de penser qu'une très faible partie des cordons postérieurs arrive au petit cordon postérieur du bulbe. Dans la moelle lombaire, le cordon postérieur se colle sur le côté du sillon postérieur sous forme de *cordon postérieur médian*. Les fibres qui sortent des racines sensitives dont la direction est le plus tranversale, se placent à côté des fibres déjà incorporées : ainsi se forment un *cordon postérieur médian* et un *cordon postérieur latéral* ; 2° le *faisceau cérébelleux des cordons latéraux* dégénère toujours dans toute son étendue en haut et en bas ; 3° dans les *cordons antérieurs* et aussi dans les *cordons latéraux* on trouve des fibres dégénérées. en haut et en bas qui, tout près de l'endroit sectionné, occupent ces deux organes, tandis qu'à quelque distance de cet endroit, elles se limitent essentiellement aux cordons antérieurs et encore à leur zone médiane. Ces fibres sont indubitablement, pour la plupart, d'origine endogène et de longueurs différentes.

il se trouve cependant aussi parmi elles, un nombre de faisceaux originaires du cervelet qui méritent le nom de *tractus cérébello-spinal antérieur médian*. Sur les coupes transverses de la moelle ces fibres ne peuvent guère se séparer des fibres à trajet intra-spinal, car elles dégénèrent en bas avec elles. Il est probable qu'il faut ranger parmi les faisceaux endogènes (intraspinaux) un long faisceau qui occupe les cordons antérieurs et ne peut être suivi jusque dans le bulbe.

II. *Faisceaux qui après l'hémisection latérale de la moelle dégénèrent dans le cervelet.* — Dans le cervelet ne se prolongent que les faisceaux de la moelle qui occupent la périphérie du cordon latéral. Une coupe antéropostérieure montre que toute la masse des fibres s'enfonce dans le corps restiforme et s'en va en arrière avec lui. La plus grande partie se termine sans s'entrecroiser dans les circonvolutions supérieures du vermis. Les fibres antérieures et transversales demeurent libres. Sur les coupes en séries transversoperpendiculaires on voit que le corps restiforme fournit d'abord deux trousseaux. L'un d'eux, d'abord transversal, s'infléchit en haut et en arrière pour s'enfoncer dans le cervelet ; grêle, il correspond probablement au segment antérieur du faisceau cérébelleux du cordon latéral (*tractus cérébellospinal antérieur*). Le second fournit la plupart de ses fibres à l'écorce supérieure du vermis ; le reste contourne la face antérieure des gros noyaux médians du cervelet, s'entrecroise sur la ligne médiane et se perd peut-être en partie dans ces noyaux, en partie également dans l'écorce inférieure du vermis.

III. *Faisceaux qui dégénèrent en descendant à la suite d'une lésion du cervelet.* — A côté des courts faisceaux qui dégénèrent du côté correspondant à l'opération (faisceaux d'association) et du côté opposé (faisceaux commissuraux) et qui sont les *faisceaux proprement dits du cervelet* on constate la dégérescence d'un *long faisceau croisé*. Une petite partie de ce faisceau rayonne dans la région de la *zone acoustique d'Ahlborn*. Sa plus grande partie, sous la forme d'un large ruban, s'en va, par le pédoncule cérébelleux inférieur, dans le bulbe et dans le cordon latéral. Ce long faisceau correspond au *tractus cérébellospinal*, composé de fibres antérieures et postérieures du faisceau cérébelleux du cordon latéral. Les fibres postérieures de celui-ci occupent dans le bulbe, le segment cérébral du corps restiforme ; les fibres antérieures (ou faisceau de Gowers) sont représentées par les fibres qui passent à la partie inférieure des olives et du trijumeau.

On constate aussi, mais non toujours, la dégénérescence du pédoncule cérébelleux supérieur, des fibres arciformes externes et internes du bulbe. Intégrité constante et complète du télencéphale et du mésencéphale. P. Keraval.

XVIII. Contribution au trajet des fibres des racines postérieures dans la moelle cervicale de l'homme; par K. SCHAFFER. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Voici deux observations de lésion isolée des racines, très propres à éclairer la question des rapports des racines postérieures avec la structure des cordons postérieurs. Figures. On sait que les lésions des racines, tant de la moelle dorsale supérieure que de la moelle cervicale inférieure, entraînent une dégénérescence intra-spinale descendante et ascendante. La dégénérescence descendante en rapport avec les lésions transverses de la moelle (Westphal, Schultze, Kahler et Pick) s'explique par la division en Y des fibres radiculaires postérieures. Mais elle peut affecter plusieurs formes, par exemple la forme en virgule (Schultze) ou se traduire par la dégénérescence du champ ovale du cordon postérieur.

Ces deux observations mettent en lumière *la dégénérescence de Schultze*. Cette dégénérescence en virgule tiendrait, d'après les uns, à une lésion de la substance grise, d'après les autres, à une lésion radiculaire. A l'exemple de Schultze, M. Schaffer la rattacha en 1894 à une lésion des branches descendantes des racines postérieures; il croit aujourd'hui que son observation eût plutôt pu servir d'appui à la thèse de la dégénérescence descendante consécutive à une lésion de la substance grise (Déjerine et Sottas, Gombault et Philipp, Tooth et Marie). Tooth dit que la dégénérescence en virgule ne s'observe pas dans la section transverse expérimentale des racines postérieures, et pense qu'il s'agit plutôt alors de la destruction de fibres commissurales. Une observation récente de destruction transverse de la moelle par spondylite prouve la dégénérescence descendante en *virgule* consécutive. Discussion des faits. Voici comment il faut les comprendre. La dégénérescence descendante des cordons postérieurs survient dans le cas de lésion transverse totale de la moelle tout aussi sûrement que dans le cas de lésion des racines postérieures. Puis, les faits anatomiques sont en faveur des fibres radiculaires descendantes dans le cordon postérieur, et l'on constate la dégénérescence de Schultze dans les lésions purement radiculaires Par conséquent la dégénérescence descendante des cordons postérieurs est explicable par une lésion des fibres radiculaires descendantes et l'hypothèse de fibres nerveuses endogènes dans la formation du petit trousseau de Schultze est superflue. Dans la lésion transversale de la moelle de l'homme, les racines postérieures sont toujours simultanément atteintes, quoique dans leur trajet intramédullaire. Cela n'attaque pas l'opinion, d'après laquelle la substance grise donne naissance à des fibres destinées aux cordons postérieurs, car les recherches relatives à la ligature de l'aorte, qui lèse principalement la substance grise, prouvent que les cordons postérieurs sont altérés surtout

dans leur segment antérieur. Mais la forme de la dégénérescence est tout à fait différente dans la ligature de l'aorte et dans la lésion des racines (Singer et Münzer, Schaffer). Il y a donc lieu de formuler que *dans la zone en virgule de Schultze il n'y a que les branches descendantes des racines postérieures* (Schaffer). Il est également possible qu'il y ait aussi des fibres provenant des cellules funiformes de la corne postérieure (Lenhossek, Marie), mais cela n'est pas démontré.

Dégénérescence ascendante. — Nos faits confirment les observations de Pfeiffer, Sottas, Déjerine et Thomas, les études expérimentales de Singer et Münzer, les lois de Kahler et Singer. Les prolongements intramédullaires des racines dégénérées s'échelonnent successivement en dedans, en quittant la zone d'entrée radiculaire, à partir du niveau des racines lésées, vers le bulbe ; les zones qui correspondent aux racines dégénérées de la moelle dorsale supérieure et de la moelle cervicale inférieure sont en dehors de la cloison paramédiane.

Conclusions. — 1° Les observations relatives à la dégénérescence de la deuxième et de la troisième racine dorsale sensitive, ou de la septième racine postérieure cervicale, confirment la loi de Kahler et Singer sur le trajet de la branche ascendante des racines postérieures ; 2° le cordon de Goll paraît simplement, dans la moelle cervicale, limité latéralement par la cloison paramédiane, tandis qu'en avant il n'y a pas de ligne limitante visible. Ici le cordon de Goll contient, outre les racines sacrées et lombaires, les huit racines dorsales inférieures : cette conclusion se tire de la constatation que, dans la dégénérescence des deuxième et troisième racines dorsales, la zone de dégénérescence (abstraction faite d'un très petit coin postérieur de substance nerveuse saine) est immédiatement accolée à la cloison paramédiane ; 3° les raies du cordon postérieur qui correspondent au trajet de quelques racines, ne permettent pas de décider que certains plans longitudinaux exclusifs leur seraient seulement réservés ; les prolongements intramédullaires des racines postérieures se confondent intimement avec les voisins ; 4° les lésions des racines postérieures sont, contrairement aux prétentions de Tooth, Déjerine et Sottas, Gombault et Philipp, très certainement suivies de dégénérescence descendante dans le cordon postérieur ; c'est la dégénérescence en virgule de Schultze qui occupe le milieu du faisceau de Burdach. Celle-ci a déjà cessé au niveau de la racine inférieure la plus immédiate, et est, par conséquent d'un court trajet. La vraie dégénérescence de Schultze est exclusivement produite par la lésion des fibres radiculaires postérieures ; les fibres endogènes n'y prennent (c'est prouvé) pas part. Du reste la dégénérescence de Schultze n'est qu'une fraction de l'ensemble de la dégénérescence descendante du cordon postérieur. P. Keraval.

XIX. La terminaison des nerfs dans les organes centraux; par L. Auerbach. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Il s'agit des relations de la cellule nerveuse avec les dernières ramifications cylindraxiles. Dans tous les points du système nerveux central les cellules nerveuses et aussi leurs dendrites sont enlacées d'un réseau à mailles fort épais qui les enveloppe ; il est formé de petites fibres nerveuses qui portent de petits nodules. Ce réseau, par places inextricable, est constitué par les arborescences terminales amyéliniques. La méthode de coloration à l'hématoxyline et à l'argent permet de compter le long des bords des cellules et de leurs dendrites chacun des petits boutons terminaux, de se rendre compte de l'énorme profusion des arborescences terminales de chaque cellule et des plus grands prolongements protoplasmiques correspondants (*Congrès des naturalistes et médecins allemands*. Francfort, 1896). Les nodules bleus sont accumulés autour des cellules en masse bien plus grande que ne l'indiquent les préparations de Held. C'est un vrai réseau qui enveloppe en certains points les cellules comme d'une toile à mailles et prend part à leur approvisionnement d'arborescences terminales.

Les *grosses cellules motrices* sont ainsi encadrées d'une couronne de forts cylindraxes dont une partie doivent leur origine aux arborescences terminales. Les arborescences terminales se rendent ainsi en rayonnant à leurs points d'insertion, souvent après un court trajet. D'autres cylindraxes pourvus de boutonnets terminaux, parmi lesquels ceux que fournissent les arborescences peuvent être suivis sur une longue étendue, sans qu'ils entrent, pendant ce long chemin, en relations avec d'autres fibres nerveuses ; ceux-ci ne fournissent ni lacis, ni réseau à mailles. Enfin, çà et là, au voisinage des cellules nerveuses, un vrai réseau fermé est formé de fibrilles bien plus fines qui, ne s'entrecroissent pas mais s'anastomosent ; dans le système des mailles sont enchâssées de petites varicosités ayant la dimension approchée des boutonnets terminaux qui dessinent les points nodaux. Impossible encore de dire s'il y a une catégorie de cellules pourvues de réseaux terminaux, s'il en existe une autre, n'en ayant pas, si cette organisation, qui parait concourir à l'égale répartition du courant excitateur de l'influx nerveux, est généralement répandue.

Dans *les cornes postérieures, et plus particulièrement dans la substance gélatineuse de Rolando*, il n'y a qu'un réseau à mailles paraissant ininterrompu, pourvu d'épais renflements très nombreux, de formes irrégulières (Golgi. *Fine structure du système nerveux central et périphérique*, p. 249 et 250).

La *couche granuleuse du cervelet et ses fibres mousseuses* comportent un réseau à mailles diffus, gigantesque par son étendne et sa prolongation à de très grandes distances. Entre les amas de cellules

l'atrophie des cellules pyramidales sont avancées. Le protoplasma de la cellule est transformé en substance jaunâtre, qu'on a appelée à tort pigment et qui dérive par voie de transformation clinique, des éléments chromatophiles. Cette réaction de la cellule nerveuse pyramidale, allant jusqu'à son atrophie à la suite des lésions du faisceau pyramidal dans la capsule interne, n'est qu'un cas particulier que présente tout neurone moteur ou sensitif à la suite de la destruction de son prolongement axillaire.

La dégénérescence progressive et invariable des neurones pyramidaux consécutive aux lésions en foyer de la capsule interne nous démontre que ces lésions des cellules pyramidales sont irréparables. (*Revue neurologique*, mai 1899.) E. B.

XIV. **Des différentes formes de paraplégie due à la compression de la moelle épinière. — Leur physiologie pathologique**; par M. le professeur Van Gehuchten. (*Presse médicale*, 10 mai 1899.)

D'après M. van Gehuchten, la production d'une paraplégie flasque avec abolition des réflexes, à la suite d'une compression médullaire, est explicable, en l'état actuel de la science, par la seule interruption anatomique ou fonctionnelle des fibres médullaires, au point comprimé, et il n'y a pas lieu de la rattacher, ainsi que le soutient M. Brissaud, à une dégénérescence des nerfs intramusculaires. Cela posé, l'auteur réunit dans le tableau suivant, les formes les plus typiques de paraplégie due à une compression médullaire.

	1er DEGRÉ	2e DEGRÉ	3e DEGRÉ	4e DEGRÉ
Troubles moteurs.	Paraplégie spasmodique. Exagération des réflexes.	Paraplégie flasque. Abolition des réflexes.	Paraplégie flasque. Abolition des réflexes.	Paraplégie flasque. Abolition des réflexes.
Troubles sensitifs.	Pas.	Pas.	Dissociation syringomyélique.	Anesthésie complète

Examinées au point de vue des troubles moteurs et des troubles sensitifs, ces quatre formes de paraplégie ne sont, en quelque sorte que des degrés différents d'une même affection. Ce ne sont pas des entités morbides nettement distinctes les unes des autres; il existe entre elles, en effet, un grand nombre de formes de transition. De plus, elles ne sont, le plus souvent, que transitoires; elles se transforment l'une dans l'autre chez le même malade pendant le cours de son affection médullaire. Les manifestations

ruche, sont remplis d'un neurohyaloplasme. Mais nulle part la substance fondamentale de la cellule n'est en rapport continu avec les terminaisons cylindraxiles. Il n'y a donc pas adhérence, Les arborescences terminales agissent, par le coussinet de leurs boutons terminaux, sur le protoplasme de la cellule nerveuse d'une manière que nous ignorons; les boutons terminaux s'appuient, s'appliquent intimement sur la surface de la cellule. Mais s'il se fait une union physiologique, il n'y a pas adhérence anatomique. Impossible non plus de songer à un mouvement amiboïde puisque les arborescences terminales ne jouent pas sur les cellules et les dendrites. Se fait-il pendant la vie une modification moléculaire portant à la fois sur les boutonnets terminaux et les cellules. Se forme-t-il une unité fonctionnelle de ces deux éléments malgré la persistance de la discontinuité anatomique? Nous ne savons.

La théorie du *treillis élémentaire* formé *par les fibrilles primitives* (*neuropil*) d'Apâthy et Bethe n'est pas davantage admissible. La structure de la substance fondamentale de la cellule est bien rétiforme et en rayons analogues à ceux d'une ruche. Mais la cellule nerveuse des animaux supérieurs n'est pas un simple endroit de passage des fibrilles primitives se rendant, sans perdre leur individualité, au neuropil. Les boutonnets terminaux sans nombre de n'importe quelle grande cellule et ses dendrites qu'on peut aisément suivre, montrent qu'il faut, dans les éléments qui revêtent les nerfs comme d'un épais feutrage, chercher les organes qui, au sein des cellules mêmes, produisent une activité soit en exerçant une influence directe sur le corps de la cellule, soit en agissant sur les dendrites centripètes et récepteurs de l'excitation. Assurément les fonctions du système nerveux prennent, chez les animaux supérieurs au moins, leur source dans la multiple variation des états d'éréthisme de ces éléments, accompagnés de la participation active du protoplasma cellulaire; dans la combinaison inséparable des arborescences terminales d'une part, des cellules nerveuses et des dendrites d'autre part. P. KERAVAL.

XX. **Observation de sarcôme de la dure-mère spinale. Contribution à la connaissance des dégénérescences secondaires, consécutives à la compression de la moelle**; par F. QUENSEL. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1898.)

Interruption transversale de la moelle incomplète, siégeant à peu près à la hauteur ou immédiatement au-dessus d'une gibbosité de la colonne dorsale, gibbosité dont la pointe occupait la huitième apophyse épineuse. Il y avait douleur à la pression sur les côtés de cette région. Certains symptômes permettaient de spécifier la hauteur exacte de l'interruption. C'était d'abord une *anesthésie totale* au niveau du dixième et d'une partie du neuvième segment

dorsal qui indiquait que le maximum de la compression siégeait en cette dernière région. Mais la compression devait remonter au huitième segment dorsal, car l'anesthésie était partielle dans le domaine de ce dernier. On constatait par contre une hyperesthésie caractéristique de l'atteinte de la septième racine postérieure de la moelle.

Quelle était la nature de la compression? Un traumatisme ancien suivi, longtemps après, d'accidents paralytiques et de troubles de la sensibilité lents et symétriquee, rapproché de l'existence actuelle d'une gibbosité faible, comparée à la compression, permettait de croire à une affection tuberculeuse de la colonne vertébrale. Cette gibbosité disparaissait complètement par un changement de position, de sorte qu'il était difficile de lui rattacher directement l'interruption spinale. Mais il n'y avait aucun autre signe d'affection tuberculeuse, et par contre les symptômes constatés ne pouvaient point être considérés comme appartenant à une tumeur : ils pouvaient tout aussi bien tenir à une carie vertébrale. Bientôt l'état général devenait inquiétant. Insuccès du traitement anti-syphilitique, cystite incurable, fièvre rémittente; accidents gangréneux au sacrum. Le malade demandant une opération, on la pratiqua. Et c'est alors qu'on trouva une tumeur occupant le niveau des septième et huitième vertèbres dorsales; du volume d'un œuf de pigeon, elle siégeait en arrière et sur les côtés de la dure-mère, absorbait les septième et huitième racines sensitives, pénétrant avec la septième de chaque côté dans le trou intervertébral. La dure-mère était du reste normale au-dessus et au-dessous de la tumeur, présentant simplement quelques pulsations au-dessus. L'énucléation se fit aisément : il fallut seulement réséquer la septième racine, la moelle n'étant ni enserrée ni modifiée dans sa consistance. Le malade mourut de septicémie.

Autopsie. Ramollissement de la moelle limité au niveau des neuvième et dixième segments sur une étendue de 2 centimètres. Dégénérescence ascendante des faisceaux de Goll, indistincte des faisceaux latéro-cérébelleux; dégénérescence descendante des faisceaux latéropyramidaux. Au microscope (figures) on constate, au même niveau, la déchéance des fibres myéliniques, l'atrophie et la destruction des cellules nerveuses; abondance de cellules à granulations graisseuses, de cellules-araignées, de vaisseaux dilatés; l'interruption est presque totale. Les dégénérescences sont celles de Hoche (*Archiv f. Psychiatrie*, XXVIII) notamment les dégénérescences *descendantes*.

L'intérêt principal des dégénérescences *ascendantes* réside dans le faisceau de Gowers auquel s'attachent les noms de Patrick, Meynert, Flechsig, Westphal, Lœwenthal, Auerbach, Quensel, Held, Monakow, Mott et les observations cliniques de Bruns, Patrick, Hoche, de Sœlder. Dans notre cas particulier, le faisceau

décrit par de Sœlder provient en partie d'une région placée audessous du niveau des neuvième et dixième segments dorsaux ; on ne constate pas d'autres lésions dans la moelle cervicale, mais on a réussi à suivre de ces fibres jusqu'aux cellules du noyau externe de la couche optique ; elles subissent donc, dans l'espèce, une interruption en même temps qu'une partie des autres conducteurs sensitifs. Il est à remarquer que dans un cas de Hoesel, dans lequel un kyste apoplectique ancien avait détruit le corps genouillé interne, la partie inférieure du pulvinar, les parties postérieures du noyau antérieur de la couche optique, notre faisceau était presque seul conservé alors qu'il y avait dégénérescence complète du ruban de Reil. P. Keraval.

XXI. De l'oreille interne dans l'anencéphalie; par O. Veraguth. (*Neurolog. Centralb.*, XVII, 1898.)

Examen du rocher d'un anencéphale de sept mois. Fixation dans la liqueur de Mueller. Réfrigération. Durcissement dans l'alcool. Inclusion dans la celloïdine. Coupes colorées à l'hématoxyline et à l'éosine, et, en partie, au carmin.

Entre le limaçon et les autres organes du labyrinthe, court, dans le tissu cartilagineux, un mince ruban à raies parallèles. Il est impossible de savoir si les fines lignes qui passent entre les cellules à petits grains sont des fibres nerveuses ou un simple stroma conjonctif; mais la situation de ce ruban correspond à celle du rameau cochléaire de l'auditif. A l'intérieur de ce tissu, gros et petits amas de cellules nerveuses évidentes dont chacune est séparée du tissu conjonctif environnant par un halo ; on y voit un protoplasma finement grenu, avec un noyau central entouré d'une zone plus claire. Ce sont des cellules nerveuses, bien qu'elles n'aient ni prolongements protoplasmiques, ni cylindraxes, car elles ont un aspect tout à fait semblable à celui des cellules nerveuses de la moelle anencéphale et des ganglions spinaux. Elles tranchent, par leur grandeur, sur le tissu environnant. On en voit également quelques-unes dans le tissu cartilagineux de l'axe du limaçon. Le *ganglion spiral* existe donc. On voit nettement à l'œil nu le limaçon osseux transformé. Le limaçon membraneux a atteint un certain degré de développement. La membrane de Reissner est bien développée, le ligament spiral aussi ; tous deux sont recouverts d'épithélium sur la face qui regarde la lumière du conduit. Pour la membrane, c'est un épithélium à une couche; pour le ligament, c'est quantité de petites cellules cylindriques. La paroi tympanique, déchirée sur la plupart des coupes dans la partie membraneuse, est, sur d'autres, entièrement continue, du limbe spiral au ligament spiral. Le sillon spiral est nettement délimité. Sur le limbe spiral on voit bien les élevures papilliformes du tissu con-

jonctif, les dents auditives de Huschke, entre lesquelles existent des noyaux clairs à noyau franchement circonscrit. La lame spirale membraneuse est dotée de sa membrane basilaire, de sa couche de revêtement tympanique, de sa couche épithéliale, mais elles sont incomplètement développées. La partie épithéliale du limaçon membraneux a donné naissance à des éléments qui ne fussent pas, ultérieurement, entrés en contact direct avec le nerf lui-même; quant aux cellules auxquelles le nerf cochléaire eût dû envoyer ses expansions terminales, elles ne se sont point différenciées.

P. Keraval.

XXII. Contributions expérimentales et anatomopathologiques à l'étude de l'intoxication chronique par le sulfure de carbone; par G. Kœster. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Expériences sur sept lapins. Intoxication par inhalation pendant quatorze jours, quatre semaines, deux mois, trois mois, trois mois et demi. On prend des animaux en parfait état de santé. Ils gagnent du poids pendant les premiers jours de l'intoxication, puis se maintiennent en équilibre, et enfin diminuent de poids malgré une nourriture bonne et surabondante. Un des animaux, empoisonné pendant deux mois, s'accrut cependant jusqu'à sa mort. Parallèlement à l'amaigrissement, survint une hyperexcitabilité graduelle des muscles aux courants faradiques (expériences régulièrement et mathématiquement conduites); l'hyperexcitabilité longue conduit à la réaction de la fatigue nette du muscle. Puis, cette faiblesse irritable fait, de la sixième à la septième semaine, place à une diminution graduelle de l'excitabilité, surtout marquée chez les animaux devenus valétudinaires. Mais cette hypoexcitabilité n'est pas inférieure à l'excitabilité électrique du début des expériences. La phase d'hyperexcitabilité s'accompagne d'hyperesthésie des membres. Chez deux animaux il y eut ensuite de l'anesthésie des membres mais rien que des pattes. Forte dilatation des vaisseaux de la tête, rougeur intense des oreilles, de la muqueuse nasale, des conjonctives, avec chaleur vive; quelquefois, en sus, catarrhe chronique conjonctival et bronchial. Mydriase avec perte de la réaction pupillaire, parfois permanente (quatre cas), avec inégalité pupillaire continue (un cas). Chaque expérience était suivie de parésie et d'ataxie, pendant une heure ou deux à peu près; la parésie finit par subsister chez deux de ces animaux. On put constater nettement également chez deux patients un état de stupidité consécutif à l'agitation de la période d'hyperexcitabilité et d'hyperesthésie. En résumé le début de l'intoxication se traduit par des phénomènes d'excitation; plus tard apparaissent des phénomènes de déficit.

L'*autopsie* ne révèle pas de lésions splanchniques ni musculaires, pas de névrite. Quelque congestion et quelque ramollissement au

cerveau et à la moelle. Les *cellules sont dégénérées*. Les *cellules des ganglions spinaux* présentent en effet une dilatation de l'espace péricellulaire, des échancrures et dentelures du noyau, par chromatolyse du protoplasma qui se vacuolise autour du noyau. Celui-ci se recroqueville ou la membrane du noyau se détache, ce qui peut arriver au nucléole également. De sorte qu'à un moment donné, toute la cellule s'émiette et se fond en un espace presque vide. Les mêmes altérations existent dans *les cellules des ganglions du grand sympathique*. En ce qui concerne les *cornes antérieures*, la chromatolyse commence par les prolongements protoplasmiques des dendrites des cellules qu'elle brise, ou bien elle monte dans la cellule même. Finalement tous les prolongements sont détachés et des restes rares et épais de protoplasma dégénéré, dans l'espace de la cellule dilatée, marquent la place occupée autrefois par une cellule bien développée. Fréquemment les arborescences terminales cylindraxiles qui entourent le corps de la cellule se détachent.

En même temps, les vaisseaux sont remplis et tendus, même les plus petites anses capillaires péricellulaires.

Ces descriptions s'appliquent encore aux cellules de la protubérance, du bulbe, du tronc, des hémisphères, des cornes postérieures, ces dernières étant les moins affectées. Ce ne sont pas des altérations *post-mortem*, car une seule et même espèce de cellules présente des degrés variés de dégénérescence. Ces dégénérescences se voient dans toutes les parties du cerveau, mais surtout dans celles des couches corticales externes d'animaux morts de bonne heure, ou moins fortement intoxiqués. Ces différences disparaissent chez les animaux fortement et depuis longtemps empoisonnés. Mêmes réflexions en ce qui concerne les cellules cérébelleuses géantes de Purkinje.

Pathogénie. — Les troubles de la sensibilité sont donc d'origine centrale, de là leur diffusion. Aux cellules des cornes antérieures, il faut rattacher l'hyperexcitabilité, puis, l'hypoexcitabilité électrique, la réaction de fatigue, les parésies. Aux cellules du cerveau, l'excitation, puis, la stupeur des animaux ; on rapprochera de cette constatation les psychoses polymorphes de l'intoxication chez l'homme, explicables par les dégénérescences cellulaires des diverses couches corticales, dont les lésions permettent de déchiffrer l'incurabilité. En cas d'intoxication faible, prédominance des phénomènes d'excitation, réparation possible des lésions légères, à la condition que le malade ne s'expose plus au sulfure de carbone.

P. K.

XXIII. **Le faisceau optique médian du pigeon**; par A. WALLENBERG. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Dans la bandelette optique de l'oiseau, on distingue un groupe

de fibres médianes, que l'on peut suivre jusqu'à l'extrémité inférieure du cerveau moyen, où il disparait dans un gros amas, bien limité, de cellules placées sur le côté du noyau du pathétique, que l'on appelle ganglion de l'isthme (Edinger), ganglien optique postérieur (Jelgersma).

Mais, la preuve de l'origine des fibres de ce faisceau dans le ganglion de l'isthme ? En détruisant le ganglion seul ou avec d'autres organes tels que le cervelet, le pathétique, les parties supérieures de l'isthme, on en obtient la dégénérescence. La méthode chromo-osmique de Marchi permet de confirmer ce que l'on sait de sa situation à diverses hauteurs du cerveau moyen et du cerveau intermédiaire. Par le ganglion de l'isthme, il fournit, à travers le cerveau moyen et la couche optique, des fibres à l'écorce du lobe optique, à la partie supérieure du corps genouillé thalamique, ainsi qu'à un étroit noyau de cellules assez grosses qui s'intercale entre le noyau rond thalamique et le pôle antérieur du corps genouillé externe. En arrière du chiasma, il se décompose en une quantité de groupes étroits de fibres d'inégale épaisseur; sa masse principale s'avance près de la limite postérieure du chiasma de l'autre côté, tandis qu'une petite partie de ses fibres décrit, sur le côté, un arc de conversion accentué pour se rendre à l'angle homonyme. Malgré cela, ce dernier trousseau semble s'entrecroiser, car on n'en trouve pas de fibres dans le nerf optique du même côté, qui puissent être certainement tenues pour dégénérées. Du chiasma, le faisceau optique médian gagne d'abord le bord externe du nerf optique du côté opposé ; puis, il oblique de haut en bas et de dehors en dedans sous la forme d'une couche grêle qui reste cependant à égale distance de la face supérieure et de la face inférieure du nerf sans s'éloigner de la périphérie externe. L'examen d'une coupe du nerf optique, bien perpendiculaire à l'axe, montre que le faisceau en question est bien un groupe médian à faible excentricité.

L'entrée du nerf optique dans le globe de l'œil a lieu sous la forme d'une étroite tige oblique, toujours dirigée de haut en bas et de dehors en dedans qui appartient presque exclusivement au segment de sphère interne, inférieur et postérieur de l'œil. L'angle que forme la papille avec la perpendiculaire est d'un peu plus de 30°. La tige de la papille et l'éventail qu'elle forme en faisant saillie à l'intérieur du globe de l'œil, décomposent celui-ci en deux compartiments; un compartiment antérieur, interne, supérieur et un compartiment postérieur, externe, inférieur. Or, le faisceau optique médian se répand presque complètement dans le compartiment externe et postérieur, en pénétrant, avec les autres fibres optiques, dans la rétine où il se termine entre les cellules de la couche ganglionnaire. Quelques fibres isolées semblent pénétrer par la couche moléculaire interne jusqu'au voisinage de la couche

granuleuse interne. Chaque cellule est embrassée par les branches terminales, comme par les branches d'une pince. *Le territoire innervé par le faisceau optique médian commence donc bien en dehors de la papille et va jusqu'au voisinage de la macula,* où cesse la couche des fibres nerveuses. En dedans de la papille, on ne constate que quelques dégénérescences éparses.

Le faisceau optique médian vient donc de l'isthme et se termine dans la rétine autour des cellules de la couche ganglionnaire. Dans ce trajet, il fournit aux postes de terminaison centrale du nerf optique (lobe optique, corps genouillé thalamique, noyau à grosses cellules).

D'autre part, l'écorce du lobe optique contient une couche de cellules profondes qui fournissent des fibres de la substance blanche profonde ; ces fibres forment quelques rameaux se rassemblant en bas et au milieu en un faisceau compact qui, en avant de l'angle externe de la substance grise des cavités centrales de l'isthme, s'incorpore au faisceau longitudinal latéral, et se dirige en bas ; parvenu à la hauteur du noyau du pathétique, il oblique en arrière et sur la ligne médiane vers le hile antérieur du ganglion de l'isthme autour des cellules duquel il se répand. C'est le *tractus isthmotectal*. Les fibres originelles de ce faisceau dans la substance blanche profonde du lobe optique ne reçoivent pas seulement les fibres terminales du nerf optique, elles reçoivent encore des fibres centrales des noyaux terminaux sensitifs et moteurs.

Le ganglion de l'isthme devient ainsi le centre d'un arc réflexe dont la branche afférente (tractus isthmotectal) transmet les impressions optiques, acoustiques et sensitives d'autres centres aux cellules de ce ganglion ; celles-ci les renvoient aux fibres du faisceau optique médian qui représentent la branche efférente centrifuge de l'arc. Le *faisceau optique médian* se terminant dans la rétine et dans les régions centrales du nerf optique, vient apporter et coordonner les diverses impressions, dans le voisinage de la zone de la vision directe ; il renforce ou affaiblit, suivant les besoins, la réceptivité de l'organe de la vue en certains points. C'est un *appareil d'accommodation de la rétine.* P. Keraval.

XXIV. **Le bulbe rachidien** ; par le professeur Mignault. (*Union médicale du Canada*, n° 5, 1899.)

Début d'une série de conférences ayant pour but d'exposer l'anatomie et la physiologie du bulbe, d'après les dernières données histologiques.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

XVII. Un cas de méralgie paresthésique traité par la résection du nerf fémoro-cutané; par le Dr Souques.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt et un ans, très bien portante, d'aspect vigoureux, chez qui revenaient quotidiennement les troubles suivants à l'occasion de la marche et surtout de la station debout : c'est d'abord une sorte de frémissement douloureux qui part de la région rétro-trochantérienne pour se propager en ligne droite vers le triangle de Scarpa. Bientôt cette sensation pénible se transforme en une véritable brûlure qui dépasse la zone précédente en haut et en bas, allant de l'arcade de Fallope à la partie moyenne de la cuisse ; cette sensation de brûlure s'accompagne de douleurs térébrantes extrêmement vives. Chaque paroxysme dure de dix à quinze minutes, rend toute marche impossible, oblige la malade à s'asseoir ou à se coucher. La station assise calme et le décubitus supprime la douleur, qui reparaît dès que la malade se remet debout, de telle sorte que les accès s'imbriquent et que la douleur devient permanente.

En dehors des paroxysmes, il existe au niveau de la région atteinte, une paresthésie persistante, même durant la nuit. Cette situation intolérable a résisté aux méthodes thérapeutiques habituelles.

Pour expliquer la pathogénie de la méralgie, Roth admet une compression du nerf fémoro-cutané. On peut supposer que la compression s'exerce, dans quelques cas tout au moins, soit au niveau de l'arcade crurale. soit au niveau du canal du fascia lata. Dans ces conjectures, la résection du nerf à ce niveau semble rationnelle. Faite dans le cas présent par le Dr Mauclaire, elle a amené une amélioration notable. (*Revue neurologique*, juillet 1899.) E. B.

XVIII. Traitement hydrique de l'aliéné; par le Dr Foster.

L'hydrothérapie devrait être introduite dans les principales écoles de médecine comme une branche régulière des études ; son importance thérapeutique est, en effet, telle qu'elle devrait être utilisée aussi largement que possible par tous les praticiens en général et non pas rester exclusivement dans les mains du spécialiste.

En ce qui concerne les aliénés, il n'y a pas de meilleur moyen connu d'agir sur les modifications nutritives intracellulaires pré-

coces de la folie, que celle-ci soit le fait d'un effort fonctionnel, du surmenage ou d'une influence toxique.

Sur 84 malades que l'auteur a traités par l'hydrothérapie, dans l'année, 20 étaient atteints depuis moins d'un an ; de ceux-ci, 7 ont guéri, 3 sont très améliorés et 4 améliorés notablement ; parmi les 7 guéris il y avait 3 cas de manie aiguë, 2 cas de confusion mentale, un cas de mélancolie aiguë et un cas de morphinisme. Sur 35 aliénés divers traités par l'hydrothérapie il n'en est pas un qui n'en ait obtenu de bons effets.

L'auteur insiste sur l'épilepsie et la paralysie générale.

Il est à remarquer, pour l'épilepsie, que l'amélioration est moins marquée dans les deux ou trois premiers mois que plus tard, il faut être prévenu de cette particularité sous peine de considérer comme nuls les effets de l'hydrothérapie qui sont cependant très appréciables comme l'indique le tableau des 11 cas cités dans le travail. Quant à la paralysie générale, il n'existe pas de meilleur témoignage de l'efficacité du traitement hydrique sur le cerveau que dans cette affection. Sur 21 cas traités par l'hydrothérapie, 6 étaient, au bout de l'année, en rémission complète. (*The American Journal of insanity*, avril 1879 [1].) E. B.

XIX. Bains froids dans le delirium tremens; par M. M. LETULLE. (*Presse médicale*, 8 juillet 1899.)

M. Letulle rapporte l'observation d'un malade atteint de delirium tremens, qu'il a traité avec succès par la balnéation froide. Ce mode de traitement, qu'il a appliqué antérieurement dans deux autres cas, ne lui a donné que des résultats favorables. Aussi estime-t-il qne, de toutes les méthodes employées contre cet accident suraigu de l'alcoolisme, la méthode de Brand est la plus sûre et la plus efficace. A tout delirium tremens, dit-il, il donnerait sans hésiter, et cela en toute sécurité, et il réitérerait des bains froids à 18°, dix à quinze minutes durant, toutes les deux ou trois heures, suivant la gravité du cas, jusqu'à cessation complète et définitive du délire et de l'hyperthermie. En agissant ainsi, il supprimerait « la barbare camisole de force, ce moyen homicide par excellence ». A. F.

XX. Syndrome goitre exophtalmique survenu chez un goitreux. Guérison par l'électricité; par MM. VESLIN et LEROY. (*Presse médicale*, 14 juin 1899.)

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de trente-sept ans, fils et frère de névropathes, très impressionnable lui-

[1] Depuis *vingt ans*, nous employons dans le service des enfants de Bicêtre, les bains, les douches et les bromures, les purgatifs, d'une façon méthodique, et nous y insistons dans chacun de nos *Comptes rendus*. B.

même et alcoolique, chez qui l'usage de la bicyclette amena en 1894 la production d'un goitre. A la suite de courses longues et rapides, se manifestèrent subitement, en août 1897, un ensemble de signes réalisant bien nettement le syndrome du goitre exophtalmique : douleur précordiale, palpitations, tachycardie, éblouissements et sensation de congestion céphalique, augmentation brusque de volume du goitre, tremblement des doigts et même du membre supérieur en entier, vitiligo, irritabilité et surexcitation nerveuse, etc. A aucun moment, il n'y eut d'ophtalmie. Le diagnostic du syndrome goitre exophtalmique fut confirmé par la constatation d'une diminution considérable de la résistance électrique. Le traitement institué fut le suivant : Suppression des boissons alcooliques, de la bicyclette et de toute fatigue ; douches froides ; deux électrisations par semaine, faites de la manière suivante : une large électrode étant fixée sur la nuque du malade, la petite ampoule était promenée sur la région carotidienne et sur le goitre dans son ensemble. Les résultats du traitement furent d'abord négatifs et on dut augmenter le nombre des électrisations et remplacer les douches froides par des douches tièdes quotidiennes. Au bout de deux mois et demi environ, une amélioration notable se produisit. Mais une émotion violente (frayeur) amena instantanément une rechute. Le traitement dut être repris ; sous son influence, les symptômes du goitre exophtalmique ne tardèrent pas à rétrocéder, le goitre diminua, les palpitations disparurent, le sommeil redevint normal ; le pouls tomba à 100 pulsations. Un léger tremblement et des taches de vitiligo persistèrent. Huit mois plus tard, l'état du malade continuait à être très satisfaisant, mais le goitre subsistait toujours. A. F.

XXI. **Des injections sous-arachnoïdiennes** ; par M. A. Sicard. (*Presse médicale*, 17 mai 1899.)

Il est cliniquement établi que l'on peut introduire dans le liquide céphalo-rachidien de l'homme, par la voie lombaire, des sérums ou des substances salines, en quantités relativement assez grandes, sans amener de réaction méningée vive et surtout persistante. La diffusion, à travers toute la masse du liquide céphalo-rachidien, des substances injectées en petite quantité dans la cavité sous-arachnoïdienne lombaire et surtout cérébrale, s'opère lentement ; en règle générale, le maintien de la substance active au niveau des centres et des racines médullaires lombaires et son échappée vers les centres nerveux supérieurs, restent subordonné à sa nature, à sa densité, au taux de la dilution, à la quantité et à la rapidité de l'injection. Au point de vue thérapeutique, la voie sous-arachnoïdienne permet l'action directe et locale plus ou moins persistante d'un agent médicamenteux sur les centre nerveux sous-

jacents; elle favorise, dans certaines conditions, la dissémination de cet agent actif à travers tout l'axe nerveux cérébro-spinal. Mais la valeur de cette méthode thérapeutique n'est pas encore définitivement fixée et la plus grande prudence s'impose, du moins pour le moment, dans son application. A. FENAYROU.

XXII. **De la méthode de traitement de l'épilepsie de Flechsig ; par** LCHRŒDER. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI, N. F., IX, 1898.)

Etude à l'aide de 24 observations. On commence à administrer 0,10 d'opium brut par jour en augmentant tous les six jours de 0,10 jusqu'à 0,80. On donne alors 0,80 pendant 10 jours. Tout à coup on suspend l'opium et on donne d'emblée 10 grammes de bromure (mélange d'Erlenmeyer). Chaque malade a pris ainsi en quarante-cinq jours 22 grammes d'opium pur. Jusqu'à la dose de 0,40 on administre l'opium en deux fois, de 0,50 à 0,80 on l'administre en trois fois ; à partir de 0,70 on couche le malade, on l'alite aussi quand on passe de l'opium au bromure. On a soin de bien alimenter, de donner des lavements préventifs et de bien surveiller. Telle est la perturbation apportée dans l'économie que les malades perdent considérablement de poids. On a dit que la capacité de résorption de l'intestin était modifiée par l'opium et que, grâce à cela, les doses de bromures étaient ainsi plus efficaces. En tout cas, six semaines après la suspension de l'opium, sous l'influence de la médication bromurée seule, le poids du corps croît sans exception.

De l'étude des accès et de leur nombre, M. Schrœder formule que les observations des divers observateurs ne sont pas comparables entre elles, que les siennes sont également insuffisantes pour qu'on puisse proposer *ne varietur* une méthode si énergique et espérer un succès définitif. Elle paraît cependant indiquée chez les individus jeunes n'étant épileptiques que depuis peu. En tout cas elle est exclusivement propre à des hôpitaux ou à des asiles, car elle est dangereuse. P. KERAVAL.

XXIII. **Contribution au traitement de la myotonie**; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1898.)

Heureux effets de la gymnastique médicale et du massage dans le traitement de cette maladie chez un médecin de quarante-six ans en même temps goutteux. Sous l'influence de ces pratiques, les mouvements involontaires disparurent presque complètement et la santé s'est améliorée. Naturellement l'eau de Vichy et les bains sont venus à la rescousse.

Mais la myotomie ne serait-elle pas l'effet d'un trouble dans la nutrition du muscle puisqu'on trouve chez ces malades, même non

podagres, des altérations de l'urine et que leurs muscles révèlent une hypertrophie des fibres musculaires devenu spisoïdes, ayant perdu leurs stries transversales, ainsi qu'une multiplication des noyaux du sarcolemme. Le massage et l'exercice, si salutaires dans l'espèce, augmenteraient les échanges nutritifs du muscle, le débarrasseraient de ses poisons et par suite de cette tension qui le contracture. P. Keraval.

XXIV. **Abus d'éther dans la Prusse Orientale**; par Sommer. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Les classes pauvres de cette partie de la Prusse et de la Russie contiguë, surtout les Lithuaniens, remplacent l'alcool par l'éther. Depuis longtemps la liqueur d'Hoffmann est la grande panacée de la région, mais c'est depuis 1887, époque à laquelle on a élevé le prix de l'eau-de-vie, que la consommation en a considérablement accru. L'alcool qui sert à la fabrication de l'éther étant exempt d'impôt, l'éther sulfurique coûte meilleur marché que l'alcool. Dans le cercle de Memel, le litre d'eau-de-vie vaut 1 mark 30, celui d'éther 1 mark (1 fr. 25) et il provoque, avec une sensation de chaleur plus rapide, une ivresse plus agréable. On y a consommé, tant en ville qu'à la campagne, officiellement, 8620 litres d'éther en 1897. Dans le cercle d'Heydekrug, le détail au petit verre en est quadruple au moins de celui de l'eau-de-vie à laquelle l'éther est d'ordinaire mêlé dans la proportion de 1 à 2 ou 1 à 3; on consomme aussi de l'éther pur dont on pourrait boire jusqu'à 25 centil. en une fois. Quand on parcourt le marché hebdomadaire de Memel on sent l'haleine éthérée des marchands et l'on constate, en ville et ailleurs, la présence d'un bien plus grand nombre d'ivrognes éthérés qu'autrefois. L'éther semble causer la cirrhose hépatique et rénale, l'athéromasie, la dégénérescence graisseuse du cœur et d'autres viscères. Les propagandes en faveur de l'abstinence sont demeurées infructueuses. L'Etat a pour devoir de classer l'éther parmi les produits pharmaceutiques prohibés sans ordonnance médicale, et d'en augmenter l'impôt.

P. Keraval.

XXV. **Tabes et paralysie générale dans leurs rapports avec la syphilis; proposition thérapeutique**; par Adler (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI, N. F. IX, 1898).

Il existe un grand nombre d'altérations morbides produites par la syphilis qui ont pour caractère la sclérose. La syphilis produit ainsi la cirrhose de l'appareil respiratoire, l'artériosclérose, la myocardite interstitielle, la cirrhose du foie, des reins et du testicule, l'atrophie du nerf auditif et surtout du nerf optique, le tabes

et la paralysie générale. Strumpell désigne le tabes et la paralysie générale sous le nom d'affections, para, méta ou post-syphilitiques, qui sont à la syphilis ce que les maladies nerveuses épiphénoménales sont aux maladies infectieuses aiguës, exemples : les paralysies et ataxies post-diphtéritiques qui succèdent aux diphtéries pharyngées préalables. Mais la plupart des affections tabétiques progressent continuellement, il est cependant possible de s'expliquer cette marche progressive quand on range le tabes et la paralysie générale sur le même rang que les manifestations secondaires ou tertiaires de la syphilis. Pourquoi donc alors le mercure donne-t-il de si piteux résultats ? Nous savons que les accidents tertiaires ne cèdent pas aussi promptement au mercure que les accidents secondaires, et qu'il nous faut, pour eux, associer l'iodure de potassium au mercure. C'est pourquoi, pour combattre ces lésions scléreuses d'origine syphilitique du tabes et de la paralysie générale, on doit au mercure associer le *protargol* qui est une combinaison chimique de l'argent à une matière proteique. Il est bien supporté à la dose de 1 à 3 grammes par jour (Neisser) ; on commencera par 0,30, trois fois par jour, en pilules, poudre ou solution et l'on arrivera graduellement à 3 grammes. P. K.

XXVI. **Contribution à l'étude des phénomènes paralytiques dans les inoculations pasteuriennes**; par L. O. Darkschewitsch. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1998.)

1° D'abord, le développement d'accidents survenus chez les malades, doit-il être attribué aux inoculations qui ont été pratiquées contre les morsures *rabiques ?*

Il n'y avait pas d'*autres causes* d'accidents paralytiques en dehors des inoculations en question. La première observation est topique. Il s'agit d'un individu en parfaite santé jusqu'aux inoculations, dans le passé le plus immédiat duquel on ne trouvait rien qui pût expliquer les accidents paralytiques; point d'excès alcooliques, point de syphilis. — Une seconde observation est celle de diplégie faciale ; on ne lui trouve aucune cause ; ni syphilis, ni affection auriculaire ; point de signe de lésion des méninges à la base, de lésion de la protubérance. Et d'ailleurs ce n'était pas la marche d'une de ces diplégies-là. On ne peut songer à des excès d'alcool : ni à l'époque du développement de la diplégie, ni à la suite de la disparition de la paralysie faciale, on ne constata de lésions d'autres nerfs périphériques. Et la diplégie *à frigore* ? c'est une maladie très rare à Kasan ; depuis cinq ans, l'auteur n'a pas vu un seul cas de diplégie faciale rattachable à une polynévrite primitive et isolée. Les inoculations antirabiques sont très probablement en rapport avec le développement, en l'espèce, de la diplégie faciale.

Dans les deux observations en question, il y avait polynévrite, donc les accidents polynévritiques, consécutifs aux inoculations antirabiques, peuvent être tout aussi bien produits par une myélite que par une lésion du système nerveux périphérique.

2° Les accidents paralytiques consécutifs aux inoculations sont-ils bien dus à l'inoculation ? Ne pourraient-ils résulter de l'*intoxication rabique* elle-même ?

Les *inoculations peuvent en être la cause unique*, car, dans la seconde observation, le chien n'était pas notoirement enragé ; on n'avait inoculé que par mesure prophylactique. Mais il est impossible de comprendre la raison pour laquelle les inoculations entraînent des paralysies puisque le malade fut inoculé en même temps que deux de ses parents, et que seul il fut paralysé.

Dans les deux cas, les accidents paralytiques suivirent très rapidement les inoculations. Ils apparurent chez le premier malade cinq jours après la fin des vaccinations, huit jours après chez le second malade. Dans les deux cas, en revanche, la paralysie fut légère et le processus polynévritique, qui ne se propagea pas partout, ne fut pas très marqué. P. KÉRAVAL.

XXVII. De l'importance des médicaments cardiaques dans le traitement de l'épilepsie; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centralb.*, XVII, 1898.)

L'auteur aurait guéri des épileptiques invétérés, jusqu'alors incurables, par l'association de l'*adonis vernalis* aux bromures. Il donne une observation qui concerne un homme de vingt-quatre ans pour lequel on réclamait la trépanation. Au commencement de novembre de 1892, de hautes doses de bromure demeurant sans résultat, il ordonne :

Infusion d'adonis vernalis	2 p. 180 colat.
K. Br.	12 grammes.

Six cuillerées par jour.

Un mois plus tard survient encore une attaque mais moins forte. Il porte la dose d'adonis à 2,80 p. 180 et ne touche pas à la dose de KBr. Continuer 6 cuillerées par jour. A partir de ce moment, disparition de toute espèce d'accidents épileptiques. Jusqu'en novembre 1896, le jeune homme se porte bien et peut passer son baccalauréat. Pendant ce laps de temps il a eu la scarlatine, et, pendant deux à trois mois, il a cessé le mélange ; tout s'est bien passé. A partir de novembre 1896 on suspend l'adonis et l'on continue le KBr par simple convenance morale. Voilà donc trois ans et demi que l'épilepsie a disparu.

Quand il y a propension à la diarrhée, on ajoute de la codéine. S'il survient de la constipation, on donne simultanément de la tein-

ture de rhubarbe, des pilules de rhubarbe, ou un peu d'aloès. La codéine est encore indiquée quand les attaques sont accompagnées d'une extrême irritabilité sous forme d'excitation ou de dépression. Un bon succédané du mélange formulé plus haut est :

Infusion de digitale		0,50 à 0,75 p. 180 colat.
Na Br et K. Br.	ââ	6 à 8 grammes.
Codéine		0,15 à 0,20

Il repose du goût amer de l'adonis, a parfois une indication symptomatique spéciale (palpitations), n'a pas d'action cumulative et réussit quelquefois quand on n'a rien obtenu de l'adonis.

Outre l'action sédative exercée par ces mélanges sur la circulation souvent troublée des épileptiques (accélération cardiaque, aura cardiaques), ce sont des diurétiques qui éliminent, par conséquent, les toxines et autotoxines épileptogènes.

L'adonis est vaso-constrictive. Or, au moment de l'attaque, il y a afflux de sang vers l'encéphale et dilatation des vaisseaux de celui-ci (Todorski, Borichpolski) ; sans doute elle resserre aussi les autres vaisseaux de l'économie, mais il est permis de croire qu'elle agit ainsi favorablement sur des organes tels que le foie qui pourraient bien également être en rapport avec l'évolution de l'épilepsie.

Ces médicaments cardiaques paraissent faire supporter plus facilement les bromures. Ces mélanges agissent encore favorablement dans la neurasthénie et dans d'autres troubles fonctionnels généraux accompagnés de palpitations de cœur nerveuses.

P. Keraval.

XXVIII. **Traitement du « spina bifida » par l'incision suivie de la fermeture du canal rachidien**; par M. Yelverton Pearson (de Cork). (*British med. Journal*, novembre 1898.)

Les particularités de cette opération résident dans la position donnée à l'opéré, dans la direction de l'incision et dans la dissection complète de la poche, sans permettre au liquide de s'écouler.

Ce procédé s'applique surtout aux cas de méningomyélocèle et l'auteur préconise un large drainage post opératoire. Deux photographies accompagnent ce travail.

A. M.

XXIX. **Symptômes consécutifs à la ponction lombaire dans le tabes dorsal**; par le Dr Warren Babcock.

L'abaissement de la pression intra-cranienne par la ponction lombaire dans la paralysie générale et l'amélioration de l'ataxie dans plusieurs cas ainsi traités ont suggéré l'essai de cette ponction dans le tabes dorsal.

L'auteur en rapporte trois cas :

Dans le premier cas, tabes dorsal au stage paralytique, il y avait évidence clinique d'un excès de liquide cérébro-spinal. Après la ponction, au lieu d'une paralysie complète, il n'y a plus qu'une ataxie modérée et les symptômes physiques s'améliorent.

Dans le second cas, tabes dorsal au stage ataxique, il n'y avait pas d'évidence d'augmentation de la tension intra-durale, le diagnostic était rendu douteux par des fractures multiples et l'état mental du malade. Aucune amélioration de l'ataxie.

Dans le troisième cas, tabes dorsal à la période pré-ataxique, la ponction fut purement expérimentale et les effets consécutifs tout à fait négatifs, les analyses bactériologiques et chimiques furent négatives dans tous les cas.

De nouvelles expériences sont encore nécessaires pour déterminer la valeur réelle de cette méthode. (*The American journal of insanity*, avril 1899.) E. Blin.

XXX. **Traitement médical de l'épilepsie**; par le Dr Hughes.

Le traitement de l'épilepsie ne consiste pas seulement à empêcher le retour des crises mais encore à porter remède aux causes et conditions qui amènent ces crises.

Il est probable que l'auto-intoxication joue un grand rôle dans la production du paroxysme épileptique : la réputation que le nitrate d'argent s'était acquise dans le traitement de l'épilepsie tenait à la propriété qu'il possède de détruire les toxines intestinales.

Le traitement rationnel de l'épilepsie consiste à soigner le malade tout entier au moyen de tous les agents, de toutes les conditions, mentales ou physiques, qui relèveront son tonus nerveux, amélioreront sa stabilité nerveuse surtout dans les couches psychomotrices du cerveau, et favoriseront son bien-être général.

Si les symptômes du grand mal sont relativement simples, son étiologie est souvent un problème complexe : les états goutteux, arthritiques, névropathiques, syphilitiques, paludéens, etc., doivent être présents à l'esprit lorsqu'on étudie l'épilepsie et les maladies épileptoïdes.

Emploi alternatif des bromures combinés et d'un seul bromure, désinfection du tube digestif, digestion parfaite de son contenu, retour de l'organisme dans les voies physiologiques de son action partout où il en est sorti ; telle est la base scientifique et clinique du traitement.

Tout le succès du traitement consiste dans le ménagement rationnel de la convulsion, tandis que c'est une faute de rechercher uniquement la disparition des crises, car l'épilepsie a aussi des aspects alternativement vertigineux, somnambuliques, psy-

chiques et impulsifs, toute une cérébropathie, une neuropathologie secondaires qui englobent souvent plus que le cerveau dans la maladie. (*The alienist and neurologist*, janvier 1899.) E. B.

XXXI. **Un cas de tic traité par suggestion**; par M. le Dr Féron. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 13.)

Il s'agit d'un tic du bras droit, du sterno-cléido-mastoïdien, du trapèze et du deltoïde empêchant tout travail et qui fut traité par la suggestion indirecte (iodure, pointes de feu) et par une sorte de rééducation de la volonté et du pouvoir inhibiteur au moyen de mouvements lents des membres supérieurs. L'amélioration a été assez considérable pour permettre au malade de reprendre ses occupations. E. B.

BIBLIOGRAPHIE.

XI. *Archives d'anthropologie criminelle, de psychologie normale et pathologique*. A. Lacassagne et G. Tarde, directeurs; années 1898 et 1899. Éditeurs : Storck à Lyon; Masson et Cie à Paris.

1° *Le tatouage médical en Egypte dans l'antiquité et à l'époque actuelle ;* par le Dr Fouquet. — Le Dr Fouquet ayant enlevé les bandelettes d'une momie de jeune Égyptienne de la XIe dynastie, observa sur le ventre des cicatrices linéaires saillantes, résultats de scarifications, se détachant sur le fond bistré de la peau, les unes en bleu, les autres en blanc. Il veut voir dans ce tatouage, une pratique médicale, un mode de traitement. Nous savons, par des statuettes découvertes par M. de Morgan dans des tombeaux pré-pharaoniques, que les plus anciens Égyptiens connus, du moins certains d'entre eux, connaissaient le tatouage ornemental. De sorte que je ne vois pas pourquoi le tatouage qui couvre tout le ventre de la momie dépouillée par M. Fouquet, ne serait pas purement ornemental comme les tatouages observés de nos jours sur les mêmes parties du corps, chez des sauvages. Cependant M. Fouquet s'est assuré que de nos jours, en Égypte, diverses affections sont traitées par de petits tatouages exécutés sur les parties ou au voisinage des parties malades. Des femmes de petites tribus nomades, comparables à nos tziganes par leur misérable façon de vivre, parcourent les rues en criant : *Nadokh oua nitaher : — Nous tatouons et nous circoncisons.* — Ceux qui se livrent à elles n'ont

pour but que de se faire imprimer sur le corps des motifs ornementaux. Ce sont en général des musulmans. Chez les Coptes au contraire, les tatouages exécutés par eux-mêmes ont un but thérapeutique. Et c'est pour ce motif, sans doute, les Coptes passant pour descendre des anciens Egyptiens, que M. Fouquet les regarde comme de tradition fort ancienne. Les opérateurs se servent de plusieurs aïguilles, toujours en nombre impair, de trois à sept, unies ensemble, « comme les tuyaux de la flûte de pan ». En suivant les lignes d'une esquisse tracée avec une pointe de bois trempée dans un mélange de noir de fumée et de lait de femme, ils les enfoncent obliquement dans la peau, en y faisant pénétrer ce même mélange. Sur 97 observations relevées par M. Fouquet, les tatouages médicaux avaient été faits 60 fois sur les tempes, 24 sur les reins, 4 sur les pieds, 5 sur le tronc, 1 sur la nuque, etc.

Les maladies qu'ils avaient eu pour but de guérir étaient la migraine et les névralgies, dans 60 cas; les lésions des os et des jointures dans 29 cas; des maladies d'estomac dans 4 cas; des maladies de la peau dans 4 cas ; des tumeurs dans 2 cas.

2° *Problèmes de criminalité;* par G. Tarde. — M. Tarde se demande d'abord s'il y a une *loi des transformations de la notion du délit?* Il ne croit pas du tout à l'évolution unilinéaire des sociétés progressistes, pas plus qu'à l'immutabilité absolue des sociétés non progressistes. Il n'y a pas dans la vie des groupes sociaux, *un enchaînement de phases unique réglé une fois pour toutes par une formule d'évolution*. Cependant chez les Ossèthes du Caucase, par exemple, des institutions primitives se sont admirablement conservées. Et d'après l'ouvrage de Kovalevski sur lequel j'ai moi-même le premier appelé l'attention (*Bullet. Soc. anthrop.*, 1896, p. 101), M. Tarde pense que chez eux et chez toutes les nations anciennes à l'état de clan, le crime était conçu non comme un acte individuel, mais comme un fait collectif imputable à toute une famille, ou toute une tribu, — non pas comme la violation volontaire d'un droit, mais comme un simple préjudice matériel.

L'impression que m'a laissée la lecture de l'étude de Kovalevski est que chez les Ossèthes, n'étaient criminels que les actes susceptibles de provoquer la vengeance de quelqu'un. Le premier souci dans chaque famille était de s'assurer un héritier mâle, non pas seulement pour le culte des ancêtres, mais pour avoir en lui un *vengeur*. A l'égard de familles sans vengeur, les actes d'autres familles n'entraînant aucune responsabilité effective, étaient moralement indifférents. La vengeance m'apparaissait donc comme la base même de la notion de criminalité. La loi du talion a d'ailleurs incontestablement un caractère universel.

M. Tarde cependant voit dans cette notion de criminalité basée sur la vengeance et entraînant la responsabilité purement matérielle, objective, d'une collectivité, famille ou clan, un résultat de

l'état de guerre qui existait en permanence entre les clans familiaux, les tribus. Et pour lui, sous le régime familial, les seuls crimes, « *dignes de porter ce nom* », sont ceux commis dans le sein même de la famille, entre parents. Ceux-là restent non vengés. Ils ne comportent pas de réparation matérielle. Mais à eux s'attache une réprobation morale tellement vive parfois, que leurs auteurs sont obligés de s'exiler. « Toujours et partout, dit M. Tarde, même dans notre Europe et de nos jours, il existe une conception collective et tout objective du crime et une pénalité toute vindicative qui lui correspond : dans les rapports des armées belligérantes ou même des partis qui se disputent le pouvoir, la faute, volontaire ou non, d'un seul, rejaillit sur tout son groupe et provoque des représailles militaires ou politiques. Les relations d'armée à armée, de parti à parti, se sont substituées de la sorte à celles de famille à famille, de clan à clan, qu'elles reproduisent en les amplifiant. Mais en même temps, toujours et partout, même dans les époques et les pays les plus sauvages, il existe une conception individuelle et subjective du crime, à laquelle répond une pénalité spirituelle, bien plutôt épuratrice, parfois réparatrice et pénitentiaire, que vindicative; celle-ci est née dans l'enceinte murée de la forteresse domestique..... »

Les transformations de la notion du crime ne seraient donc guère plus qu'une apparence due à l'agrandissement successif du cercle social qui, après n'avoir embrassé que des clans familiaux, embrassent des nations de millions d'hommes.

On peut être séduit par la clarté et la simplicité de ces vues quand on voit, en effet, les rapports entre nations civilisées comme groupes séparés, rester si absolument au-dessous du niveau moral atteint au sein de chacune d'elles. Mais elles auraient besoin d'une démonstration ethnographique. Il y a bien des choses dans la notion de crime et il y a eu des choses bien différentes :

M. Tarde se demande encore « *s'il y a une formule générale, des transformations subies, non plus par la notion même du crime, mais par la nature des actes auxquels cette notion a été successivement attribuée* ». Par ce côté le problème des transformations de la criminalité se saisit plus aisément. Nous savons bien en effet que des actes, naguère envisagés comme les pires des crimes et châtiés atrocement, sont devenus tout à fait indifférents. Et nous prévoyons qu'il en sera de même dans l'avenir de bien des actes aujourd'hui encore réprimés. Il est bien évident qu'une masse de délits dépend de l'état de civilisation et des moyens de les commettre. Mais M. Tarde admet une tendance générale commune dans ces changements, « un ordre constant et irréversible malgré sa multiformité ». Il ne peut pas nous dire si les crimes ont augmenté ou diminué graduellement. Et j'approuve fort sa réserve.

Les conditions climatériques et économiques ont une telle in-

fluence sur la criminalité qu'elles peuvent réduire à rien celle des changements dans l'état de civilisation. La criminalité est comme nulle chez les peuples des régions arctiques. Et chez nous-mêmes dans certains de nos départements agricoles, elle reste très faible, alors qu'elle croît sous nos yeux en intensité et en quantité dans nos grands centres urbains.

Mais au point de vue de la qualité il y a eu une modification générale dans la criminalité, en rapport avec le développement de notre civilisation industrielle. « A mesure qu'un peuple s'urbanise et s'industrialise, dit exactement M. Tarde, sa criminalité devient proportionnellement moins vindicative et moins violente, mais plus cupide, plus astucieuse, plus voluptueuse. »

(*A suivre.*) ZABOROWSKI.

XII. *Lettre à M. Ch. Dupuy sur la création de classes spéciales pour les enfants arriérés;* par BOURNEVILLE. (Publicat. du *Progrès médical*, F. Alcan, éditeur, 1899, un brochure in-8° de 31 pages.)

En France, les amis des jeunes déshérités de la nature, des idiots, arriérés de toutes sortes, se préoccupent vivement de l'issue de la lutte engagée contre l'indifférence des pouvoirs publics, par les partisans des méthodes médico-pédagogiques. M. Bourneville, qui a fait plus que personne pour les enfants mentalement débiles, adresse de temps à autre aux autorités compétentes un appel pressant, documenté. L'opuscule qui vient de paraître indique avec précision ce qui a été fait en Prusse et à Bruxelles dans une voie où les Français « qui eussent pu être initiateurs » ne pourront désormais être qu'imitateurs.

En Prusse, les enfants arriérés au nombre de 2.017 sont répartis en 81 classes spéciales, dans 38 établissements créés en diverses villes. L'éducation physique et technique a une place très importante dans les programmes, on surveille avec soin les progrès de la psychose pour parer aussitôt que possible aux méfaits de l'épilepsie. A Bruxelles, près de la moitié du temps de présence en classe (11 h. 1/2 sur 29 h. 1/4) est consacré à l'éducation physique et aux travaux manuels; les enfants arriérés classés d'abord selon leur attitude en *passifs* et *indisciplinés*, sont répartis en petits groupes aussi homogènes que possible et ne sont soumis au régime commun que dans les deux dernières années de leur éducation. Les résultats obtenus sont déjà probants ; beaucoup d'enfants sortent de ces établissements spéciaux capables d'exercer un métier.

L'opuscule de M. Bourneville, présenté sous forme de lettre au ministre de l'intérieur, et comme réponse à une demande de renseignements émanée du Directeur de l'enseignement primaire en Italie, reproduit *in extenso* les documents communiqués par

M. Bossée, ministre de l'instruction publique en Prusse et par M. Lacroix, directeur de l'École spéciale de Bruxelles. Des tableaux synthétisent un grand nombre de renseignements précis. Cette publication fait souhaiter une fois de plus que des commissions soient instituées pour étudier les moyens d'organiser en France des classes spéciales pour les enfants arriérés [1]. DUPRAT.

NÉCROLOGIE.

Le Dr DAUBY.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr DAUBY, ancien directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Aix-en-Provence, décédé le 10 août dernier, à l'âge de soixante-six ans.

Edouard Dauby naquit à Saint-Girons (Ariège), le 30 juillet 1833, et commença ses études médicales à Paris. Il entra dans le service des aliénés, en qualité d'interne à l'asile d'Auxerre, alors dirigé par Renaudin. Il s'attacha à ce maître distingué et le suivit successivement à Dijon et à Marseille. S'inspirant de ses idées en médecine mentale, il écrivit sa thèse de doctorat intitulée : *Quelques considérations sur la menstruation dans ses rapports avec la folie*; elle fut présentée et soutenue le 29 août 1866. Dauby s'applique à y développer l'idée émise dans la phrase suivante de Renaudin, qu'il prend pour épigraphe : « La menstruation joue dans la vie de la femme un rôle important dont il ne faut pas exagérer la valeur, mais auquel il faut donner une attention sérieuse comme élément pathogénique assez fréquent de l'aliénation mentale. »

Quelques mois après, le 18 janvier 1867, Dauby était nommé médecin-adjoint de l'asile de Pau; il n'y resta que deux ans et fut nommé, en 1869, médecin en chef de l'asile de Fains (Meuse).

Se sentant surtout porté vers les questions administratives, il sollicita et obtint, en 1872, le poste de directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère); il l'occupa pendant près de quatre ans et fut nommé ensuite en la même qualité à l'asile Sainte-Catherine-d'Yzeure (Allier), où il ne fit que passer en quelque sorte, car, le 23 mars 1878, il fut nommé directeur-médecin en

[1] C'est le vœu que nous avons émis nous-même dans notre étude sur l'*Instabilité mentale* et dans un article récent du *Manuel général de l'Instruction primaire*.

chef de l'asile d'Aix-en-Provence. Il prenait la succession du Dr Pontier, fondateur de cet établissement; il continua l'œuvre de son prédécesseur et eut la bonne fortune de la terminer. Nos collègues qui ont assisté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, tenu à Marseille en avril dernier, et visité la ville d'Aix, ont pu constater qu'il était certes un des mieux compris parmi les établissements d'aliénés. Des défauts, il en a sans doute; mais où est la perfection en ce genre?

En 1884, lorsque le choléra s'abattit sur la Provence, l'asile d'Aix fut un des premiers atteints. Dauby, aidé par son personnel, tint courageusement tête au fléau et parvint à enrayer le mal, à le limiter, non sans des pertes sérieuses.

Dauby, que les questions administratives intéressaient tout particulièrement, a peu écrit : en dehors de sa thèse de doctorat, nous ne connaissons de lui que deux rapports médico-légaux, publiés dans les *Annales médico-psychologiques* (1873 et 1875); son œuvre tout entière est dans le bel asile qu'il a contribué à édifier.

Notre regretté collègue prit sa retraite en mars 1890; il continua de vivre à Aix où il s'était fait de nombreuses relations, grâce à la droiture de son esprit et à l'aménité de son caractère. Rien en avril dernier, où nous le vîmes à la fête si gracieuse qui nous était offerte par notre excellent confrère, M. Ph. Rey, aujourd'hui médecin-directeur de l'asile d'Aix, rien ne permettait de prévoir que la constitution si robuste en apparence de Dauby pouvait être si sérieusement atteinte. Il souffrait en effet d'une affection hépatique et une crise devrait l'enlever, en quelques jours, à Aulus, où il était allé chercher le repos et la santé. (*Annales médico-psychologiques*, sept.)

VARIA.

L'ALCOOLISME.

Un drame qui révèle une cruauté vraiment incroyable s'est déroulé, l'avant-dernière nuit, à Gennevilliers. On découvrait, hier matin, dans cette localité, dans une maison du chemin du Pont, le cadavre d'une jeune femme. Ce cadavre était tout contusionné; il était recouvert de plaies, dont deux, l'une au bas-ventre et l'autre au-dessous de l'œil gauche, semblaient avoir été faites avec un couteau ou quelque instrument tranchant. Des voisins établirent bientôt l'identité de la victime. C'était une chiffonnière, âgée de vingt-neuf ans, et nommée Barbara Rosmance. Aussitôt les soupçons des

voisins se portèrent sur l'ami de la victime, un chiffonnier du nom de Henri Lefèvre, et qui vivait avec elle depuis plus de quatorze ans. Lefèvre fut arrêté; amené devant M. Kien, commissaire de police d'Asnières, il ne tarda point à entrer dans la voie des aveux, et voici, en résumé, le dramatique récit qu'il fit au magistrat :

Avec son amie, il rentrait hier soir, en voiture, à Gennevilliers. Une dispute s'éleva entre eux. Le motif était des plus futiles : il s'agissait d'une pièce de 20 francs. Pour discuter avec plus d'aisance, on descendit de voiture, et, immédiatement, on en vint aux coups. L'homme eut le dessus. Il terrassa la femme, la saisit par les pieds et se mit à la traîner à travers les champs, les haies et les fossés. Parfois il s'arrêtait, raconte-t-il, pour rouer un peu plus sa malheureuse victime. Celle-ci, d'ailleurs, finit par s'évanouir. Lefèvre, un gaillard d'une taille peu commune, la prit, toute dégouttante de sang et souillée de boue, à demi nue, l'enleva et la porta jusqu'à son domicile, peu distant. Il se coucha à côté d'elle.

— Mais vous n'aviez plus votre raison, lui dit le magistrat. — Moi, monsieur, mais j'étais ivre. Et c'est ce matin seulement, à mon réveil, que je me suis aperçu qu'elle était morte. M. Kien a ouvert immédiatement une enquête, et il est établi que c'est bien sur le compte de l'alcoolisme qu'il faut mettre ce drame horrible. Lefèvre, en effet, était ivre à un tel point qu'il ne se rappelait même plus ce qu'étaient devenus son cheval et sa voiture. Ceux-ci ont été retrouvés dans la plaine de Gennevilliers, abandonnés sur la route.

Des constatations médicales il résulte que la femme Rosmance n'a succombé que ce matin, à dix heures, après avoir souffert atrocement toute la nuit. Son corps a été envoyé à la Morgue. Quant au meurtrier, il a été dirigé sur le Dépôt. (*Le Temps*, 1er oct.)

FAITS DIVERS.

Faculté de médecine de Paris. — MM. les Drs Roques, de Fursac et Manheimer, anciens internes des asiles de la Seine, ont été nommés chefs de la clinique des maladies mentales, à la suite du dernier concours.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 1199

Vol. VIII. Décembre 1899. N° 48

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

FOYERS DE RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL ET TROUBLES PSYCHIQUES ;

Par le Dr R. CHARON,
Médecin des Asiles publics d'aliénés, directeur de l'Asile de Saint-Alban (Lozère).

I. — L'étude des rapports du ramollissement cérébral avec l'aliénation mentale n'occupe, aussi bien dans les traités de psychiatrie, que dans ceux de médecine générale, qu'une place peu considérable et l'on y rencontre les opinions et les observations les plus contradictoires.

Baillarger signale quelques cas de délire ambitieux, précédé d'accès d'agitation courte et violente, chez des malades atteints de foyers d'encéphalite. Calmeil affirme que ces lésions sont toujours suivies de délire mélancolique.

Cotard et Prévost, dans leurs *Etudes physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral,* déclarent brièvement qu'aux phénomènes physiques « peuvent s'ajouter des troubles intellectuels, tels que du délire, qu'on peut, avant l'attaque, rattacher, comme l'étourdissement, à l'ischémie cérébrale »; mais qu'en résumé, le délire est un symptôme *rare*, qui n'a été mentionné que dans un *très petit nombre d'observations;* que « les troubles intellectuels qu'on observe le plus souvent consistent dans un état de stupeur ou d'affaiblissement progressif des facultés, lorsque le début du ramollissement s'est fait d'une façon graduelle ». Une petite contradiction est à relever dans le mémoire des

auteurs, car elle montre que la question n'a pas été éclaircie : Cotard dit que les troubles psychiques qu'on observe le plus souvent dans les cas de ramollissement cérébral en foyer consistent dans un *état de stupeur* ou d'affaiblissement progressif et, quelques lignes plus haut, il déclare qu'il n'a trouvé du délire nettement accusé que dans un cas (obs. XIX). Or cette observation, d'ailleurs fort insuffisante, au point de vue psycho descriptif, indique nettement un accès transitoire *d'agitation à forme maniaque.*

D'après Luys les lésions du lobe cérébral droit sont presque toujours accompagnées d'une excitation spéciale des facultés émotives. Grasset nous donne plusieurs observations complètes de ramollissement cérébral étendu (écorce et centre ovale), avec troubles maniaques transitoires, correspondant à la période de début du processus nécrobiotique. « Les lésions organiques circonscrites du cerveau, dit Cullerre, peuvent être suivies d'un affaiblissement intellectuel progressif, compliqué ou non de conceptions délirantes, avec des caractères absolument identiques à ceux de la démence sénile. » Pour André, le ramollissement cérébral ne produit pas de troubles intellectuels très marqués et ne se traduit que par de l'affaiblissement intellectuel progressif.

Nothnagel, sur la question des troubles psychiques liés aux lésions nécrobiotiques du cerveau, ne nous apprend qu'une chose, c'est que le résultat, auquel conduit l'analyse de tous les faits cliniques, est *franchement nul.* Un seul résultat positif lui semble acquis (il serait peut-être plus juste de l'appeler *négatif*), c'est que les petits foyers circonscrits, localisés dans la substance blanche du centre ovale, lorsqu'ils se montrent isolés, ne produisent pas de troubles psychiques, quel que soit le segment dans lequel ils siègent et que — tout bien considéré — « c'est un chapitre de médecine mentale qui reste à écrire ».

La formation successive de petits foyers lacunaires dans le cerveau, conduit seulement chez les vieillards à la démence, dit Brissaud, et, quant au diagnostic, « lorsqu'à la suite d'un ictus apoplectique, on voit se produire des troubles psychiques non systématisés, obnubilation définitive de la mémoire, sans troubles moteurs, on a tout juste le droit de suspecter un ramollissement de la région frontale antéro-supérieure ».

Régis déclare nettement que, parmi les lésions circonscrites du cerveau, le ramollissement cérébral est celle qui produit les troubles intellectuels les plus prononcés; que ces troubles comprennent généralement une période prodromique avec tristesse ou *excitation*, hallucinations surtout *visuelles*, suivies d'affaiblissement intellectuel souvent *progressif* et Krafft-Ebing s'exprime ainsi : « Les maladies cérébrales en foyer, si elles n'affectent pas l'écorce, peuvent se produire sans entrainer aucun trouble psychique, mais souvent cette complication a lieu par excitation, pression, dégénérescence secondaire. Le tableau clinique est, dans ces cas, celui de l'imbécillité progressive avec atrophie et *agitation périodique passagère*, causée par des irritations et des troubles de la circulation. »

II. — Les documents recueillis dans la pratique médicale courante, ne paraissent pas devoir éclairer le sujet qui nous intéresse. Le symbolisme suggestif qui s'attache aujourd'hui, dans la littérature et le langage ordinaires, aux mots *ramollissement*, *ramolli*, semble gagner la littérature médicale, au détriment de la rigueur scientifique et il n'est point rare de voir entrer dans les asiles des malades, porteurs de certificats médicaux qui, aussi bien que les enquêtes administratives signalent comme cause de troubles psychiques (non spécifiés d'ailleurs !), un ramollissement cérébral, sans autre indication topographique. Or si les travaux classiques de Virchow, de Charcot et de leurs élèves ont bien définitivement fixé la pathogénie du ramollissement, ce mot ne peut-être considéré comme exprimant un diagnostic anatomo-pathologique qu'à la condition d'être accompagné d'un terme localisant le siège du foyer de nécrobiose.

Chez les aliénés, indiqués à l'admission comme atteints de ramollissement cérébral, dont il nous a été donné de pratiquer l'autopsie, nous n'avons rencontré le plus souvent, que des lésions généralisées résultant d'anémie, d'hyperhémie, d'inflammations, méningées, d'artério-sclérose généralisée ; aucun d'eux ne présentait un véritable foyer de ramollissement.

Au cours de ces dernières années, nous avons recueilli six observations complètes de ramollissement cérébral en foyer, remarquables autant par la localisation des lésions

que par leur étendue. Cinq des malades sont décédées de quelques jours à quelques semaines après leur internement ; elles étaient bien en puissance de ramollissement au moment de leur admission dans l'asile. La lésion nécrobiotique n'avait été diagnostiquée pour aucune d'elles avant l'admission.

De fait le diagnostic, ramollissement cérébral est souvent, dans la pratique ordinaire, erroné ou formulé abusivement et il est certain qu'il reste parfois impossible à établir, dans les cas, par exemple, où, malgré une étendue considérable de l'infarctus, il ne se traduit par aucun symptôme clinique localisé du côté des appareils de relation, tandis que, dans la sphère psychique, par suite de l'absence de localisation des facultés intellectuelles, il ne produit que des troubles dont les caractéres n'ont pas été, jusqu'à ce jour, différenciés de ceux qui sont le propre des vésanies, des processus inflammatoires aigus ou chroniques, d'évolution ou d'involution.

Existe-t-il un état mental, un enchaînement de troubles psychiques particuliers, dont l'étude puisse conduire ou aider au diagnostic de ramollissement cérébral en foyer? C'est ce que nous avons voulu rechercher dans les observations qui suivent, en laissant de côté tout ce qui regarde la pathogénie de ces différents ramollissements et en restant sur le terrain clinique.

Observation I. — Femme de quarante ans, sans hérédité connue, alcoolique. A été atteinte il y a trois ans de troubles qualifiés « Fièvre cérébrale » par la famille. Les renseignements recueillis près du médecin traitant éclairent très complètement ces accidents déjà anciens. Il s'agissait d'un accès violent d'agitation à forme maniaque s'étant déclaré subitement, avec hyperthermie considérable, céphalée intense, troubles gastriques, mouvements désordonnés et incoercibles, délire chaotique, troubles hallucinatoires terrifiants. Cette agitation ne dure que quatre à cinq jours, ainsi que l'hyperthermie; on s'aperçoit que les facultés intellectuelles sont obnubilées et que la vue est très faible. Un mois après, le médecin constate une cécité double complète (atrophie des nerfs optiques), et un affaiblissement psychique profond. — Il y a huit mois, nouvel accès d'agitation pendant trois ou quatre jours avec les mêmes caractères que le premier, mais avec prédominance d'idées de persécution, et recrudescence des hallucinations visuelles terrifiantes : se voit poursuivie par des hommes.

A l'admission la malade est en état de démence complète. Elle se meut encore assez facilement, mais avec des mouvements ataxiques et du tremblement des extrémités. Cécité complète (atrophie papillaire). État hallucinatoire terrifiant.

Dix jours après l'admission, plusieurs chutes à droite. Agitation très violente pendant vingt-quatre heures. Paroles et cris incohérents. Mouvements épileptiformes, plus accentués à droite. Hyperthermie : 40°,4. Troubles gastro-intestinaux. Saburration des voies digestives supérieures, odeur fétide. Le lendemain : aphasie, état dysplégique plus accentué à droite. Gémissements. Mâchonnement. Gâtisme. Coma et mort, quatorze jours après l'admission.

Autopsie. — Le cerveau présente des zones de coloration très différentes : *les lobes occipitaux sont affaissés*, complètement décolorés, le système vasculaire périphérique est pour ainsi dire disparu et n'est représenté que par des traces de filets complètement vides, la pie-mère n'est pas isolable, la substance grise n'est plus qu'un magma diffluent, qui se laisse entrainer sous un filet d'eau avec la substance blanche sous-jacente. — *Les deux lobes frontaux complets* jusqu'à la scissure rolandique, apparaissent avec une coloration rosée qui tranche sur le reste du cortex ; le gauche est moins pâle que le droit. Il y a encore quelques traces du système vasculaire surtout à gauche, mais la substance grise est ramollie, dissociée et se laisse entrainer sous un filet d'eau. Les autres régions corticales paraissent normales. Les coupes verticales montrent le centre ovale normal dans sa partie antérieure et ramolli dans le système de projection des lobes occipitaux. Athérome très prononcé de tout le système artériel, particulièrement du système de l'hexagone de Willis.

Observation II. — Femme de quarante-neuf ans. Hérédité vésanique et congestive. Aurait eu une fièvre typhoïde il y a six mois, suivie d'accès d'épilepsie. Renseignements pris, il s'agit d'un accès d'agitation très violente, analogue à ceux que nous avons constatés dans l'observation précédente, avec hyperthermie. Saburration et fétidité des voies digestives, mouvements convulsifs généralisés, mais plus accusés à gauche et suivis d'hémiparésie et d'hémihypoesthésie du même côté. L'agitation n'aurait duré que cinq à six jours. Douleurs céphaliques.

A l'admission, on constate un état d'agitation avec réactions très violentes, hyperthermie : 38°,5. État hallucinatoire, auto-intoxication. — Deux jours après l'agitation est tombée. Les troubles moteurs, sensibles et sensoriels persistent avec un affaiblissement intellectuel profond.

Huit jours plus tard, nouvel accès d'agitation chaotique pendant douze heures, avec hyperthermie, 39°,3, troubles sensoriels pénibles, particulièrement de la vue et du goût. Contractures du côté

gauche, suivies d'une inertie absolue du même côté avec destruction des sensibilités et des réflexes et diminution à droite. Coma et mort onze jours après l'admission.

A l'*autopsie* on trouve un *foyer de ramollissement intéressant la capsule interne à droite dans toute son étendue* et se propageant vers le centre ovale particulièrement dans sa partie antérieure. Les différences de coloration et de diffluence du magma ramolli indiquent manifestement que la lésion a été constituée par des poussées successives d'ischémie.

Observation III. — Femme vingt-sept ans. Alcoolisme et débauche. A été frappée subitement il y a deux mois d'un accès d'agitation, avec réaction très violente, incohérence bruyante des idées. Hyperthermie. Après cet accès qui a duré de douze à quinze jours, la malade est restée calme, mais paraplégique avec accentuation à gauche et obnubilation intellectuelle.

A l'admission, affaiblissement intellectuel profond, avec hallucinations visuelles terrifiantes. Hémiparésie gauche plus accentuée pour le membre inférieur. Incoordination des mouvements avec maximum à gauche. Tremblement des extrémités des muscles de la face. Déviation de la langue à gauche. Inégalité pupillaire. Convulsions épileptiformes fréquentes, plus accentuées à gauche. Douleurs céphaliques profondes. Escharres fessières. Gâtisme. — Huit jours plus tard, démence absolue, avec persistance des troubles hallucinatoires et attaques épileptiformes fréquentes. Mort dans le coma vingt et un jours après l'admission.

Autopsie. — Ramollissement très étendu du centre ovale de l'hémisphère cérébral droit, formant une cavité bifide en avant et s'étendant à toute la partie supérieure de la substance blanche. La partie postérieure de cette cavité vient jusqu'à la substance grise de la frontale ascendante (moitié supérieure) et ses deux extrémités antérieures s'évasent jusqu'à la substance grise de la partie la plus antérieure des circonvolutions frontales. Il paraît bien que le foyer s'est établi à la suite d'une seule poussée d'ischémie.

Observation IV. — Femme de soixante-huit ans. Hérédité inconnue. Internée il y a plus de quarante ans pour imbécillité. S'était toujours montrée calme, facile à diriger et très active, quand il y a environ douze ans, elle a été atteinte d'un violent accès d'agitation qui est noté sur le registre d'inscription et sur lequel les infirmières peuvent donner des renseignements suffisants. Cet accès très violent n'a duré que quarante-huit heures, s'est accompagné comme dans les cas précédents de fièvre et de céphalée. Les facultés intellectuelles sont restées un peu obnubilées. Il n'a été noté aucun trouble moteur.

En 1892, nouvel accès d'agitation à forme maniaque avec hyperthermie : 39°,3, troubles gastriques. Suburration et fétidité des

voies digestives. Pas de symptômes moteurs. Obnubilation intellectuelle un peu plus accentuée. Continue à s'occuper régulièrement.

Trois mois plus tard, même année, nouvel accès d'agitation qui présente les mêmes caractères que les deux précédents mais dure huit jours, et laisse, après lui un certain degré de parésie et d'hypoesthésie du côté gauche. Un quatrième accès identique aux autres se manifeste en 1893, il dura quatre jours et l'on constate à sa suite un affaiblissement intellectuel profond avec hémiparésie, hémianesthésie intéressant la face du même côté (chute de la paupière supérieure). En octobre 1893, la malade meurt dans une attaque apoplectiforme.

L'autopsie montre un *vaste foyer de ramollissement du centre ovale intéressant tout le lobe frontal droit.* La substance grise corticale paraît intacte. Tout le système de projection des frontales et de la frontale ascendante ne forme plus qu'un magma sanguinolent et rempli de caillots. La malade a succombé à une hémorragie de l'artère striée externe qui a fait irruption dans la cavité ramollie. Après lavage, on distingue parfaitement que la lésion s'est formée de plusieurs foyers juxtaposés, d'avant en arrière. En avant la cavité est décolorée et présente une disposition kystique, en arrière au niveau de la frontale ascendante, les éléments nerveux ne sont pas encore dissociés complètement.

Observation V. — Femme de soixante-douze ans. Antécédents héréditaires inconnus. Alcoolique. Aurait eu il y a deux mois un accès d'agitation violente, avec cris et gesticulations incohérents. Mouvements convulsifs des membres à droite, plus accentués au membre supérieur et suivis d'hémiparésie du même côté.

A l'admission, on constate un affaiblissement physique, avec état parétique des membres droits, plus accentué au membre supérieur. La malade ne profère que des sons inarticulés et se livre à une gesticulation qui, en y regardant de près, n'est pas incohérente, mais a pour but de suppléer à la parole. Elle est simplement aphasique, ne manifeste aucune idée délirante, s'intéresse à tout ce qui l'entoure et se laisse très facilement diriger. On constate seulement un peu d'affaiblissement de la mémoire. Elle réclame par tous les moyens qui sont en son pouvoir, sa sortie qui est décidée. Au moment de quitter l'asile elle meurt subitement par rupture du cœur, six semaines après son entrée.

A l'autopsie : foyer de ramollissement ocreux intéressant le pied de la troisième circonvolution frontale, le tiers inférieur de la frontale ascendante, cortex et substance blanche sous-jacente.

Observation VI. — Femme de cinquante-six ans. Antécédents héréditaires inconnus. Alcoolisme. Est internée pour un accès d'agitation violente avec hallucinations terrifiantes et fièvre qui a dis-

paru au moment de l'admission. Il ne persiste que des signes d'embarras gastrique, de violentes douleurs céphaliques, de l'obnubilation intellectuelle très accentuée. Mort quinze jours après l'admission par suite de pneumonie.

A l'*autopsie* on découvre un *foyer de ramollissement de la grosseur d'une noix et intéressant les substances grise et blanche de la partie la plus antérieure des deux premières circonvolutions frontales* à gauche.

IV. — Les observations qui précèdent n'ajoutent rien, sans doute, aux recherches qui ont été faites sur l'anatomo-pathologie et la clinique somatique du ramollissement cérébral. Il n'est peut-être pas cependant, sans intérêt de faire remarquer : 1° la distribution bizarre et l'étendue considérable que peuvent affecter les foyers de nécrobiose, intéressant la substance corticale de lobes entiers (obs. I), ou leur système de projection (obs. IV et III); 2° l'existence, dans tous les cas, de douleurs céphaliques, en même temps que l'excitation cérébrale et, dans la plupart des cas, de symptômes convulsifs, aussi bien dans ceux où le ramollissement n'intéressait que la substance blanche que dans ceux où la substance grise était intéressée. Ces convulsions épileptiformes se sont surtout montrées fréquentes et violentes, chez les malades qui présentaient les signes d'auto-intoxication les plus accentués (obs. I, II, III).

Dans tous nos cas, où il s'agissait de foyers *étendus* de nécrobiose, produits par une ou plusieurs poussées, successives d'oblitérations vasculaires, nous avons recontré le même cortège de manifestations psycho-pathologiques : accès d'agitation à forme maniaque et à début brusque, se traduisant par une incohérence extrême de la gesticulation et des actes sans réactions motrices violentes, par un véritable chaos des idées avec insomnie, anorexie, hyperthermie et troubles gastro-intestinaux, auto-intoxication, troubles hallucinatoires à forme terrifiante, particulièrement de la vue, douleurs céphaliques internes et continues, durée très courte de l'agitation (quelques heures à huit à dix jours), affaiblissement intellectuel consécutif et progressif pouvant très rapidement conduire à la démence complète. Rappelons que quatre de nos malades sur six étaient alcooliques reconnues.

Le petit nombre de nos observations, l'extrême variété des

symptômes objectifs de l'agitation maniaque, la relativité même des impressions reçues au cours de l'examen de cette forme pathologique si mobile, nous gardent de généraliser hâtivement et de chercher à dresser le tableau clinique de l'état mental qui accompagne les foyers de ramollissement cérébral. Disons seulement que notre expérience personnelle — lorsque nous nous trouverons en face de l'enchaînement psycho-pathologique résumé plus haut, particulièrement chez des alcooliques — nous autorisera, toutes autres considérations cliniques mises à part, à considérer comme très probable l'existence d'un foyer de nécrobiose cérébral, d'une étendue importante et causé par des oblitérations inflammatoires des vaisseaux... et attendons des observations nouvelles.

V. — De ce qui précède découle une remarque importante au point de vue de la pratique hospitalière qu'on a trop de tendance à négliger, quand il s'agit d'aliénés. Toutes les malades dont les observations précèdent, sauf une qui était internée depuis plus de quarante ans pour démence congénitale, ont succombé, de quelques jours à quelques semaines après leur internement, dans un état de démence absolument inoffensif. En présence de ces accès d'agitation violente avec hyperthermie, indiqués plus haut, permettant au moins de penser à un foyer de ramollissement, le médecin pourrait donc être autorisé à pronostiquer la chute très rapide de cette agitation et son remplacement par un état d'affaiblissement intellectuel progressif. Qu'il se termine après quelque temps par la mort, ou qu'il dure, cet état ne nécessitera pas ou au moins ne rendra pas urgent l'internement dans un asile et il ne faudra pas se hâter de conclure à la séquestration.

S'il est vrai que, d'une façon générale, l'internement précoce constitue un des plus forts appoints du traitement des maladies mentales, il ne faut point en prêcher la souveraineté avec un fanatisme aveugle qui tendrait simplement à rayer la thérapeutique mentale du cercle des préoccupations médicales, comme elle l'est déjà dans l'opinion publique. A l'heure actuelle les asiles regorgent de malades et leur traitement individuel est devenu, par suite de l'insuffisance de médecins *responsables*, absolument impossible. Une poussée d'opinions généreuses se manifeste depuis quelque temps

devant les rigueurs d'application de la loi de 1838. On prête une oreille plus attentive aux doléances de ces malheureux, relégués dans les asiles loin de leurs familles et de leurs pays. L'idée du traitement individuel reconnu nécessaire, du traitement à domicile, des colonies familiales, et des petits hôpitaux spéciaux, fait peu à peu son chemin. Le procès des grands asiles est entamé et le temps approche, sans doute, où les victimes des maladies psychiques seront assistées et traitées comme tous les autres malades.

C'est là l'œuvre de l'avenir. Pour le présent, ne pourrait-on pas, par une mesure simple et facile, protéger les malades et sauvegarder la dignité des familles tout en enrayant un peu l'encombrement progressif des établissements spéciaux ! Cette mesure consisterait tout uniment à ériger le thermomètre en critérium de l'internement. Nul malade (sauf exceptions urgentes) ne pourrait être interné dans un établissement d'aliénés que sur la délivrance d'un certificat médical constatant qu'en dehors des troubles psychiques, il *ne présente aucun symptôme d'inflammation aiguë*, particulièrement de l'*hyperthermie*.

THÉRAPEUTIQUE.

TRAVAIL ET ALITEMENT DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES.

(NOTICE HISTORIQUE);

PAR

P. SÉRIEUX, ET F. FARNARIER,

Médecin des Asiles d'aliénés de la Seine. Interne des Asiles d'aliénés de la Seine.

Bien peu nombreux, et en général d'efficacité bien douteuse, sont les moyens thérapeutiques que nous pouvons opposer aux affections mentales : aussi la croyance à l'incurabilité de ces maladies, bien que démentie chaque jour par

l'expérience, est-elle très répandue dans le public et même chez nombre de médecins. Chose plus singulière encore, cette conviction erronée paraît partagée par certains psychiâtres qui considèrent volontiers tous les aliénés comme « des amputés du cerveau ». Ce préjugé de l'incurabilité de la plupart des psychoses a eu des conséquences déplorables : si l'assistance et le traitement des aliénés sont encore à l'heure actuelle si défectueux en France, il faut l'attribuer en grande partie à l'influence des idées inexactes généralement acceptées sur la nature de la folie et son traitement. Longtemps en effet, l'attention de la plupart des médecins d'asile fut moins retenue par les procédés thérapeutiques susceptibles d'être appliqués à la cure des malades aigus, que par les moyens de placer dans les meilleures conditions d'hygiène physique et morale le groupe — de beaucoup le plus important par le nombre — des chroniques, des incurables et des convalescents. Le *travail* a fourni sous ce rapport d'excellents résultats; comme il avait en outre l'avantage d'utiliser des sujets considérés jusqu'alors comme des non-valeurs et de diminuer leurs frais d'entretien, on comprend l'enthousiasme qu'il excita au début de ce siècle.

Il faut reconnaître d'ailleurs qu'un progrès considérable fut réalisé du jour où l'on fit travailler les aliénés. L'application de l'*open-door* devait fatalement suivre, et la transformation de la « prison médicale » de jadis en colonie agricole n'était qu'une question de temps. Mais, répétons-le, c'étaient surtout les aliénés incurables, les chroniques et quelques convalescents qui étaient appelés à bénéficier des avantages multiples et incontestables du travail. Quant aux aliénés aigus, aux sujets curables — les plus intéressants sans contredit — comme ils n'étaient pas justiciables de la seule méthode thérapeutique considérée comme efficace, le travail, ils furent quelque peu perdus de vue.

A la fin du siècle dernier, on traitait les aliénés comme les malades ordinaires, dans les hôpitaux : on les laissait habituellement au lit, dans la plus grande promiscuité, les privant ainsi d'air, de lumière et d'exercice. C'est à Pinel et à Esquirol que revient l'honneur d'avoir réagi contre ces errements déplorables et d'avoir insisté sur les avantages du travail.

« Dans tous les asiles publics, comme les prisons et les hospices, dit Pinel, le plus sûr et peut-être l'unique garant

du maintien de la santé, des bonnes mœurs et de l'ordre, est la loi d'un travail mécanique rigoureusement exécutée. Cette vérité est surtout applicable aux hospices des aliénés, et je suis très fortement convaincu qu'un établissement de ce genre, pour être durable et d'une utilité soutenue, doit porter sur cette base fondamentale. Très peu d'aliénés, même dans leur état de fureur, doivent être éloignés de toute occupation active... » Plus loin le médecin de la Salpêtrière déclare qu'il n'a cessé « de faire les instances les plus réitérées pour obtenir de l'administration un terrain adjacent pour le faire cultiver aux aliénés convalescents et accélérer leur rétablissement », et il propose « d'adjoindre à tout hospice d'aliénés un vaste enclos, ou plutôt de le convertir en une sorte de ferme, dont les travaux champêtres seraient à la charge des convalescents »[1]. Remarquons en passant, que Pinel insiste sur l'utilité du travail pour les *convalescents*.

Esquirol exprime sur l'utilité du travail une opinion analogue. Il déclare qu'on ne peut trop multiplier les salles de travail. « A la Salpêtrière, le mot travail retentit sans cesse à l'oreille des femmes aliénées qui s'excitent les unes les autres : c'est une idée dominante. En rappelant au travail les aliénés, on distrait ces malades, on arrête leur attention sur des sujets raisonnables, on les amène à des habitudes d'ordre, on active leur intelligence, et l'on améliore le sort des plus indigents[2] ».

A la même époque, J.-P. Falret et Voisin avaient cherché, dans leur établissement de Vanves, à procurer à leurs malades tous les genres de promenades et d'exercices, ainsi que des terrains cultivables où ils pussent s'occuper. « Après l'isolement, disaient-ils, la loi d'un travail mécanique, d'un exercice pris en plein air est sans contredit la condition la plus favorable à la guérison des aliénés. » Devant la Commission du Conseil général de l'Eure, J.-P. Falret, après avoir exprimé son opinion concernant l'action bienfaisante du travail au point de vue thérapeutique, exprime ses regrets de voir qu'on ne cherche pas à suivre la même voie pour toute la France[3]. Il ajoute que ce qui l'a rendu si chaud par-

[1] Pinel. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2e édition. Paris, 1809.

[2] Esquirol. *Des maladies mentales*. Paris, 1838, t. II, p. 523.

[3] Lefebvre-Duruflé. *Rapport présenté au Conseil général de l'Eure*, 1839.

tisan du travail, c'est la visite qu'il a faite plusieurs années auparavant à l'asile de Wakefield en Angleterre.

Les idées de Pinel se répandirent rapidement en Allemagne : Reil (1759-1813), professeur de clinique interne à Berlin, demande que les asiles d'aliénés possèdent un domaine agricole, des jardins, du bétail : ils doivent être organisés sous forme de fermes. Il recommande les occupations en plein air, les travaux agricoles : « Le travail, dit-il, entretient la santé, favorise le sommeil, il amène l'oubli des idées délirantes. (*Organisation des établissements destinés aux incurables*, 1817). Horn, qui enseigna la psychiatrie jusqu'en 1818 à Berlin, prescrit le travail comme un agent thérapeutique actif chez les malades curables et un moyen palliatif chez les incurables : « Le travail, dit-il, doit être assidu, nécessiter toute l'attention du patient, être exécuté d'une façon régulière et sous une surveillance constante [1]. »

Sous l'influence des médecins aliénistes de la première moitié du siècle (Ferrus entre autres), on voit se développer peu à peu la *colonisation des aliénés*, œuvre éminemment française, bien qu'elle ait reçu à l'étranger un développement qu'elle n'avait pas atteint en France. En 1820 on obtient d'excellents résultats en employant les malades de Bicêtre aux travaux agricoles sur les champs voisins ; en 1832, la ferme de Sainte-Anne est créée : c'est une colonie agricole pour une centaine de malades. Nous n'avons pas à insister sur l'histoire de la colonisation qui a atteint son épanouissement dans les asiles — colonies du genre de celui d'Alt-Scherbitz. Foville en a fait ressortir les avantages en termes excellents : « C'est chose merveilleuse, dit-il, de voir avec quel empressement ceux des malades qui ne sont pas nés aux champs acceptent ces occupations qui leur sont tout à fait étrangères ; au milieu des détails attrayants de cette vie nouvelle, l'aliéné sent qu'il se rapproche des habitudes ordinaires de la vie ; ce travail régulier, s'accomplissant au grand air pur des champs, harmonise les fonctions, rétablit les forces, tourne enfin au profit d'une santé générale trop souvent altérée ; ajoutons à cela l'immense bienfait qui résulte de l'échange qui s'opère constamment entre l'asile et la colonie ; une foule d'indications médicales nouvelles en découlent, et

[1] P. Sérieux. *Notice historique sur le développement de l'assistance des aliénés en Allemagne.* (*Arch. de Neurologie*, 1895, n° 105.)

constituent, à notre sens, les plus précieuses ressources du traitement. Entraîné par l'exemple, le mélancolique sort peu à peu de sa torpeur; sous ce ciel qui l'égaye, il se prend de zèle pour ces animaux, ces plantes qui réclament ses soins; il finit par se soustraire à ses sombres préoccupations. Des idiots, des déments deviennent des ouvriers dociles, laborieux ; et la vie active et disciplinée de la colonié métamorphose bien des aliénés incurables, regardés jusque-là comme dangereux. S'il n'y a pas guérison alors, il y a au moins quelque satisfaction consolante donnée à la folie que la science abandonne. »

Toutefois, la campagne énergique menée en faveur du travail, si elle a abouti à la colonisation des aliénés — conquête précieuse de la psychiatrie moderne, — cette campagne, ainsi que nous l'indiquions plus haut, a dépassé le but. On en arriva à voir dans le *travail,* une véritable panacée, un remède héroïque de la folie ; et l'aliéné aigu, non susceptible d'être soumis à ce moyen de traitement, fut sacrifié à l'aliéné travailleur. « La loi d'un travail mécanique », d'un exercice en plein air, était considérée comme la condition la plus favorable de la guérison; le travail, comme la base même du traitement de l'aliénation mentale.

C'est ainsi que pour le Dr Lapointe, le « travail dans la majorité des cas est presque l'unique moyen de traitement qui puisse être mis utilement en pratique »[1]. Dans une récente communication au Congrès de Nancy, le même auteur n'est pas moins catégorique : « La thérapeutique ordinaire dans un asile d'aliénés se réduit à peu de chose, et je ne doute pas que sous ce rapport la plupart des aliénistes ne partagent cette manière de voir. Mais il est une thérapeutique qui jouit à mes yeux d'une haute importance, c'est celle qui consiste dans ce que l'on peut appeler le traitement moralisateur, ou mieux esthétique, je ne dirai pas de l'aliénation mentale, mais des aliénés que l'asile renferme. Au résumé, c'est donc dans le travail que se confond la thérapeutique par excellence des aliénés[2]. »

On en est même arrivé, dans certains asiles, à considérer le travail moins comme un moyen de traitement que comme

[1] Lapointe. *De la réunion des fonctions médicales et administratives dans les asiles d'aliénés.* (*Ann. médico-psych.*, mars 1891.)

[2] Lapointe. *De l'internement des aliénés dans les asiles.* Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française. Nancy, 1896.

une source de bénéfices. Les inspecteurs du service des aliénés ont dû rappeler aux chefs d'établissements que le travail ne devait pas être envisagé comme un moyen d'augmenter les ressources de l'asile, mais comme un moyen de traitement et de distraction [1].

Résumons l'histoire du travail considéré comme agent thérapeutique dans les maladies mentales, en disant que cette méthode a été un progrès décisif dans l'évolution de l'assistance des aliénés, mais qu'appliquée d'une façon exclusive, considérée comme un dogme intangible, elle a eu certaines conséquences fâcheuses : elle a fait passer au second plan le traitement médical proprement dit; elle a renforcé le préjugé de l'incurabilité des maladies mentales; elle a fait perdre de vue la catégorie des sujets — ceux atteints de psychoses aiguës — que la nature de leur affection rendait inaptes au travail. On en arriva ainsi à oublier que l'asile d'aliénés devait être avant tout un *hôpital pour le traitement des maladies du cerveau*. La conception de l'asile considéré comme un dépôt de chroniques, d'incurables et de sujets dangereux ou, dans l'appréciation le plus favorable, comme une colonie de travailleurs, cette conception s'imposa d'une façon exclusive à l'opinion publique, aux autorités administratives et aux médecins eux-mêmes.

Or si le pessimisme que professent quelques médecins à l'égard des résultats du traitement des psychoses est justifié dans beaucoup d'états chroniques, il n'en est plus de même quand il s'agit de psychoses aiguës. De nombreuses recherches statistiques, contre lesquelles ne saurait prévaloir le scepticisme de certains, démontrent que, pour de telles affections, la guérison survient dans environ 60 p. 100 des cas. Du moins la tendance naturelle des psychoses aiguës vers la guérison ne doit-elle pas être entravée; et, précisément, certains agents hygiéniques — comme le travail — si précieux quand il s'agit d'aliénés chroniques, valides au point de vue physique, sont inapplicables ou contre-indiqués chez les malades atteints d'affections mentales aiguës. Ces états sont en effet toujours associés étroitement à des troubles somatiques : tels sont par exémple les délires toxiques, les psy-

[1] Constans, Lunier et Dumesnil. *Rapport général à M. le ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en* 1874. Paris, Imprimerie Nationale, 1878.

choses puerpérales, les délires post-convulsifs (hystérique, épileptique), les états maniaques et mélancoliques, les psychoses périodiques, la confusion mentale, les délires hallucinatoires aigus; il faut y ajouter aussi les épisodes aigus qui surviennent au cours des états chroniques (paralysie générale, démences, délires systématisés, etc). Les sujets atteints de ces affections doivent être considérés comme des *malades*, non comme des *infirmes*, et les soins qu'ils réclament sont d'ordre purement médical.

Parmi les méthodes thérapeutiques qui leur sont applicables, il en est une qui, peu employée encore en France, est usitée avec grand avantage depuis une trentaine d'années par la plupart des psychiâtres allemands : nous voulons parler de l'alitement ou *clinothérapie* (Bettbehandlung). Il faut, à notre avis, considérer cette méthode nouvelle comme un progrès considérable dans le traitement des maladies mentales.

Certes, le repos au lit n'est pas une panacée universelle : il ne peut guérir, à lui seul, tous les états aigus d'aliénation; du moins estimons-nous, d'après notre propre pratique comme d'après celle de nombreux médecins aliénistes étrangers, que le repos au lit doit être la base du traitement des maladies aiguës du cerveau, comme il l'est pour les maladies de n'importe quel autre organe.

Chez les malades atteints de psychoses aiguës, ce qui doit en effet retenir avant tout l'attention du thérapeute, c'est l'état d'épuisement du cerveau et de l'organisme. Ces sujets sont des épuisés et des surmenés. Le surmenage cérébral déterminé par l'éréthisme des centres sensitivo-moteurs et sensoriels de l'écorce, l'épuisement de l'organisme tout entier consécutif à l'agitation, à l'insomnie, à l'inanition, exigent impérieusement le repos, le repos physique aussi bien que le repos psychique. Le traitement par le lit répond à ces indications pressantes.

Parmi les symptômes physiques qui réclament plus particulièrement le repos au lit, citons : la dénutrition, l'amaigrissement, le refus d'aliments, la faiblesse générale, l'âge avancé, l'état puerpéral, la chlorose, les anémies, les troubles circulatoires, sans parler des états fébriles ou subfébriles. Or ces divers symptômes se rencontrent assez fréquemment chez les mélancoliques, les maniaques, dans les psychoses post-infectieuses, toxiques, puerpérales, etc.

Quant aux indications du repos psychique, du repos du cerveau, elles sont constantes dans les formes aiguës. Qu'il s'agisse en effet d'états d'excitation, ou de dépression, ou de confusion, ou encore de délires hallucinatoires aigus, peu importe. Toutes ces psychoses sont en rapport avec des troubles plus ou moins graves de la nutrition de l'écorce cérébrale et parfois même du système nerveux en son entier (*psychoses polynévritiques*). Que le cerveau soit surmené par le fonctionnement exagéré des zones motrices (*états maniaques*), sensitives (*mélancolie*), sensorielles (*états hallucinatoires*), ou que son activité soit suspendue par l'action d'un toxique (*confusion*), dans tous ces cas, il est urgent de laisser reposer l'organe intoxiqué ou surmené, afin de permettre le retour à l'état normal des mutations nutritives du neurone. Or seul le séjour au lit permet le repos complet du cerveau; outre que par suite de la situation horizontale la circulation cérébrale est facilitée et le cerveau mieux irrigué, l'alitement permet encore le relâchement complet de tous les muscles de la vie de relation, et par suite le repos des centres moteurs; il a aussi pour résultat de restreindre au minimum toutes les stimulations périphériques (thermiques, visuelles, auditives, cutanées, etc.) et par suite toutes les réactions motrices. Il favorise le sommeil; il diminue l'activité des troubles hallucinatoires en restreignant les causes provocatrices des hallucinations et des illusions.

De plus le séjour des patients au lit modifie d'une façon favorable le milieu : dans une salle dont tous les malades sont alités, l'ordre et le silence sont moins souvent troublés, par suite de l'absence des causes d'excitation, de désordre, liées ailleurs à la promiscuité des aliénés, à leurs allées et venues. Le malade peut donc se reposer physiquement et psychiquement.

Les résultats du traitement par le lit sont unanimement admis. L'alitement atténue à n'en pas douter l'intensité des symptômes les plus pénibles des maladies mentales aiguës et écarte les redoutables complications physiques et psychiques auxquelles il faut en général attribuer la terminaison de ces psychoses par la mort, la démence ou le passage à l'état chronique. Il permet en outre de restreindre l'emploi des hypnotiques; l'isolement en cellule dont on a tant abusé devient exceptionnel; les affections organiques incidentes ne

passent plus inaperçues, grâce à la facilité d'examen que donne le séjour au lit ; la physionomie de l'asile se transforme et tend à se rapprocher de celle d'un hôpital.

Si nous ajoutons qu'à côté de sa haute valeur thérapeutique, la clinothérapie offre comme avantage d'être facilement applicable, aussi bien dans la clientèle privée qu'à l'asile, on comprendra sans peine l'intérêt d'ordre pratique qui s'attache à cette méthode.

Toutes ces raisons, qui nous ont poussé récemment à étudier l'alitement au point de vue de sa technique, de ses effets physiologiques, de ses indications générales et spéciales[1], nous engagent aujourd'hui à en exposer l'historique : il nous semble, en effet, que l'excellence de ce procédé thérapeutique reçoit un éclatant témoignage du nombre et de l'importance des travaux qu'il a suscités, ainsi que de la concordance des résultats obtenus par les auteurs qui l'ont expérimenté.

Si cette méthode a été longue à se répandre, il faut en chercher l'explication dans les considérations qui précèdent ; il n'est pas impossible, en effet, que le dogme de la nécessité du travail dans le traitement des maladies mentales, et aussi certaines conceptions erronées sur la nature de la folie, aient longtemps fait écarter l'idée d'aliter les aliénés, comme on le fait des individus atteints d'une affection viscérale quelconque, et de traiter par le repos complet de l'organe les maladies aiguës du cerveau.

Deux mots encore avant d'aborder l'historique du traitement par le lit : il n'est jamais entré dans notre esprit la pensée d'opposer la méthode du *repos au lit* à la méthode du *travail ;* chacune d'elle a son mérite, ses indications, et fournit, dans des cas déterminés, d'heureux résultats : l'une complète l'autre. Loin d'être en effet l'antagoniste du travail considéré comme agent thérapeutique, l'alitement vient combler une lacune dans le traitement des maladies mentales, puisqu'il est appliqué précisément chez les sujets qui ne peuvent bénéficier des bienfaits du travail. Pour résumer en une formule simple notre manière de voir, nous dirons que le repos au lit est pour les malades aigus ce que le travail

[1] P. Sérieux et F. Farnarier. *Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit.* (*Semaine médicale*, 11 oct. 1899, p. 337.)

(colonisation agricole) est pour les convalescents, les chroniques, et les incurables[1].

*
* *

Deux périodes peuvent être distinguées dans l'histoire du traitement par le lit. Dans l'une, il n'est question d'appliquer l'alitement qu'à telle ou telle catégorie restreinte de malades : presque toujours il s'agit d'états mélancoliques ou neurasthéniques, plus rarement de délires maniaques subfébriles. Dans la seconde période, au contraire, le traitement par le lit est envisagé comme une méthode applicable d'une façon systématique à la plupart des psychoses aiguës.

I. C'est dans les états caractérisés par la dépression psychique, par l'inertie, l'immobilité, qu'on eut, en premier lieu, recours au séjour au lit. A Guislain[2] revient le mérite d'avoir, en 1852, introduit le procédé en question dans la thérapeutique des maladies mentales. « Presque tous nos mélancoliques, écrivait le célèbre aliéniste belge, sont couchés dans leur lit. Je prescris le repos du corps... Le lit sera, pendant toute la première période du mal, une des grandes ressources du traitement. D'abord le patient sera couché la nuit et une grande partie du jour. Il se lèvera de temps en temps, restera assis pendant une heure, deux heures, puis se couchera derechef... Les mélancoliques ont besoin de repos et de beaucoup de sommeil... On ne saurait s'imaginer combien le décubitus prolongé facilite, chez les aliénés, le retour du calme... Je le dis avec une intime confiance, nul moyen ne m'a fourni des résultats plus satisfaisants dans le traitement de la mélancolie. »

En 1854, un aliéniste anglais, Conolly, recommande, d'après Brosius, le séjour au lit dans les états maniaques et les autres formes avec excitation.

[1] Les chiffres ci-dessous montrent quelles sont, dans un établissement où l'on pratique la clinothérapie, les proportions respectives des malades traités par le lit et des aliénés travailleurs. Les 209 malades de l'asile de Leubus (Silésie) se répartissaient ainsi en 1893 : soumis au traitement par le lit d'une façon permanente : 57,6 p. 100 ; — intermittente : 10,6 p. 100 ; travailleurs : 31,4 p. 100 ; isolés, 1,4 : p. 100.

[2] Guislain. *Leçons orales sur les phrénopathies, ou traité théorique et pratique des maladies mentales*, t. III, p. 22. Gand, 1852.

Griesinger[1], en 1861, considère l'alitement comme *convenable et nécessaire* dans certains cas de mélancolie aiguë avec diminution générale des forces. D'après Paetz, vers la même époque, Koeppe, à l'asile de Nietleben, laissait les mélancoliques couchés une partie de la journée et, après les avoir fait déjeuner au lit, leur administrait un hypnotique pour les faire dormir quelques heures.

J.-P. Falret, en 1864, le premier en France, parle du traitement par le repos au lit pour certains mélancoliques et certains maniaques. Il déclare que si Pinel et Esquirol ont eu raison de réagir contre la tendance que l'on avait, à leur époque, de maintenir les aliénés au lit dans les hôpitaux, cette réaction a été excessive. « Dans certains états maniaques aigus semi-fébriles, dit-il, de même que dans les états mélancoliques caractérisés par un profond sentiment de lassitude et une prostration physique et morale poussés à l'extrême, nous partageons complètement l'avis de notre si regretté confrère le docteur Guislain, et nous conseillons le séjour au lit de ces malades, au lieu de les laisser circuler en plein air comme les autres aliénés. Il faut poser en principe que ces aliénés, soit maniaques, soit mélancoliques, doivent être maintenus au lit pendant certaines périodes de leur affection, considérés comme malades physiquement et soignés à l'infirmerie comme des fébricitants[2]. »

Aux Etats-Unis, en 1875, Weir Mitchell recommande pour le traitement des femmes atteintes d'hystérie grave et de neurasthénie une méthode reposant essentiellement sur le repos au lit (*Rest cure*, *Rest treatment*) combiné avec l'isolement, le massage, la suralimentation et l'électrothérapie[3].

[1] Griesinger. *Traité des maladies mentales*, p. 548-565. (Traduction française.) Paris, 1865.

[2] J.-P. Falret. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés.* Paris, 1864. Introduction p. LVI.

Rappelons que, en 1838, un aliéniste anglais. Ellis (*A treatise on the nature, symptoms, causes and treatment of isanity*) insistait, sans cependant parler du traitement pour le lit, sur la nécessité du repos : « Tant qu'il existe quelque symptôme d'une circulation trop abondante dans le cerveau, il ne faut permettre qu'un exercice modéré au patient; il faut le tenir *aussi inactif que possible* jusqu'à ce que ces symptômes aient cédé au traitement médical. » Ce fait se trouve consigné dans le rapport présenté au Conseil général du département de l'Eure dans sa session de 1839, au nom de la Commission des aliénés, par Lefebvre-Duruflé.

[3] Weir Mitchell. *On rest in the treatment of nervous diseases*, in

Dans ces divers états d'épuisement nerveux, le neurologue américain se proposait pour but de rappeler les forces « chez les malades affaiblies, émaciées et dont le sang était devenu trop fluide ». Le repos au lit devait être continué pendant la plus grande partie du traitement ; l'exercice passif obtenu par l'électricité et le massage rendait possible la suralimentation.

En 1882, W.-S. Playfair recommande, en Angleterre, la méthode de Weir Mitchell comme traitement systématique de l'hystérie grave, de certaines formes de neurasthénie et de la chorée intense[1].

E.-C. Séguin (de New-York) recommande également le repos absolu, physique et psychique, dans le traitement de la chorée et de la neurasthénie[2].

En 1888, MM. Belle et Lemoine firent connaître les résultats qu'ils obtenaient par l'application aux mélancoliques anxieux de la méthode de Weir Mitchell[3]. Les deux aliénistes français se proposaient, par le séjour au lit, dans le décubitus dorsal complet aussi prolongé que possible, de lutter contre l'anémie cérébrale et de soustraire le malade aux influences extérieures qui peuvent alimenter son délire. Leur tentative, spécialisée d'ailleurs à une forme de mélancolie, ne paraît guère avoir été imitée. En effet, en 1890, le professeur Ball, qui cite la méthode de l'alitement, en parle comme d'une nouveauté expérimentée seulement en Allemagne, et sur la valeur de laquelle il ne peut se prononcer[4]. Cullerre considère le traitement de la mélancolie par le séjour au lit comme ayant pour but principal de congestionner le cerveau, et par là de combattre l'insomnie due à l'anémie cérébrale[5].

Seguin's series of American clinical lectures, t. I. n° 4, 1875. — *Fat and blood, and how to make them*. Philadelphie, 1877. (Traduction française par O. Jennings, sous le titre : « Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie. » Paris, 1883.)

Avant Weir Mitchell, un médecin américain, Samuel Jackson, avait recommandé le repos au lit chez les femmes hystériques et neurasthéniques.

[1] Playfair. Cité par Weir Mitchell in *Fat and blood and how to make them*.

[2] E.-C. Séguin. *Leçons sur le traitement des névroses* (trad. franç.). Paris, 1893.

[3] Belle et Lemoine. *Traitement de la mélancolie anxieuse*. (*Annales médico-psychologiques*, 1888.)

[4] Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, 2e édition. Paris, 1890.

[5] Cullerre. *Traité pratique des maladies mentales*, 1890.

Régis [1], Dagonet et Duhamel [2] signalent également le repos au lit comme pouvant être appliqué au traitement des mélancoliques. Chaslin en montre les avantages dans le traitement de la confusion mentale [3].

II. Guislain, J.-P. Falret, Weir Mitchell, qui avaient eu le mérite de saisir les indications du repos au lit dans diverses formes psychopathiques, n'eurent pas la bonne fortune de voir leur œuvre poursuivie dans leur propre pays. C'est à l'étranger que les idées émises par eux se développèrent et aboutirent à la création d'une véritable méthode thérapeutique. Le traitement systématique des psychoses aiguës par le séjour au lit a pris naissance, il y a une quarantaine d'années, en Allemagne ; mais c'est surtout dans ces vingt dernières années que cette méthode a gagné du terrain et qu'elle a suscité un nombre considérable de travaux. D'Allemagne le traitement par le lit se répandit dans les pays de langue allemande, puis en Russie et enfin en France, où il y a encore peu de temps l'alitement était chose inconnue.

Cette méthode fut appliquée à la cure des aliénés aigus par Ludwig Meyer [4], dès 1860, et, deux ans plus tard, par Brosius [5]. Snell l'introduisit à l'asile de Hildesheim en 1871, Eschenburg à Lubeck en 1874. A cette période se rattache également un travail de Rabow [6].

En 1877, à l'asile de Brême, les cellules d'isolement sont supprimées, et le traitement par le lit est appliqué non seulement chez tous les aliénés entrants, mais encore chez les malades chroniques présentant des manifestations aiguës. La même année, Hergt [7] insiste sur la nécessité de l'alitement

[1] Régis. *Manuel pratique des maladies mentales*, 1892.

[2] Dagonet et Duhamel. *Traité des maladies mentales*, 1894.

[3] Chaslin. *La confusion mentale primitive*. Paris, 1895, p. 250.

[4] Ludwig Meyer. *Das No-restraint und die deutsche Psychiatrie*. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1860, t. XX, p. 542.)

[5] Brosius. (*Irrenfreund*, 1862, 6.) — *Die Asyle Bendorf und Sayn bei Coblenz, nebst Bemerkungen über Curmittel bei Irren*. Berlin, 1875. — *Die Bettbehandlung der Irren*. (*Niederländische Verein f. Psychiat.*, 1890, et *Psychiatrische Bladen*, t. VIII et IX.)

[6] Rabow. *Behandlung der psychischen Erregungszustände*. (*Berlin, klinis. Wochensch.*, 1876, n° 23.)

[7] Hergt. *Einiges zur Behandlung der Seelenstörungen*. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. XXXIII, p. 803, 1877.)

chez les mélancoliques et va même jusqu'à conseiller le maintien au lit par la fixation du malade.

En 1879, la méthode est appliquée à l'asile-colonie d'Alt-Scherbitz par Paetz [1], et à l'asile de Bâle par Wille [2]. A Alt-Scherbitz les pavillons construits depuis cette époque sont aménagés spécialement en vue du traitement du lit.

C'est surtout à partir de 1880 que la méthode se répand dans les asiles allemands. Scholz dans de nombreuses publications en fait connaître les avantages ; contrairement à l'opinion de ceux qui, à l'exemple de Koeppe, voyaient dans le travail l'agent curatif le plus puissant, il montre que la place de l'aliéné aigu est dans un lit d'hôpital et non à l'atelier ou aux champs : le séjour au lit est un moyen de traitement souverain ou mieux la mesure hygiénique la plus importante pour amener la guérison. Les travaux ayant trait à l'alitement se multiplient. Citons la thèse de Flersheim [3], les publications de Roller [4], de Schüle [5], de L. Meyer [6], de Paetz [7], de Scholz [8].

Cl. Neisser, en 1889, introduit le traitement par le lit à l'asile de Leubus (Silésie). Le même auteur, au dixième Congrès international des sciences médicales, vulgarise la méthode de l'alitement et crée le mot *Bettbehandlung* [9]. Il poursuit sa campagne dans une série de publications [10].

[1] Paetz. *Bericht über die Prov. Irrenanstalt Rittergut Alt-Scherbitz für* 1880-81, p. 6.

[2] Wille. *Bericht über Irrenanstal Basel*, 1879, p. 27.

[3] Flersheim. *Die Behandlung der Manie in der Bettlage*. (Thèse de Göttingue. 1881.)

[4] C.-F.-W. Roller. *Die Heilanstalt Johannisberg bei Kaiserswerth*, 1883, p. 34 et 75.

[5] Schüle. *Traité clinique des maladies mentales*, 1886. (Traduct. française de Duhamel et J. Dagonet, 1888.)

[6] L. Meyer. *Die Behandlung der psychischen Erregungs-und Depressionszustände*. (*Therapeut. Monatsh.*, 1887.)

[7] Paetz. *Ueber die Einrichtung von Ueberwachungsstationen*. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. XLIV, p. 424, 1887.)

[8] Scholz. *Ueber Wachabtheilungen in Irrenanstalten*. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. XLVIII, p. 235, 1888.)

[9] Neisser. *Die Bettbehandlung der Irren*. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 sept. 1890.)

[10] Neisser. *Bettruhe bei Epilepsie*. (*Therap. Monatsh.*, n° 38, mars 1893.) — *Noch einmal die Bettehandlung der Irren*. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. L, p. 447, 1894.)

Enfin, dans ces dernières années ont paru en Allemagne les travaux de Hebold[1], de Roller[2], de Klinke[3], de Paetz[4], de Scholz[5], de Kraepelin[6], de Heilbronner[7].

D'Allemagne la méthode pénètre en Russie. Nombreux sont les aliénistes russes qui l'ont expérimentée et qui s'en déclarent partisans. Citons le docteur Timoféiev qui, au retour d'un voyage d'études en Allemagne, fait connaître le traitement par le lit et l'emploie le premier en 1892, à l'asile Alexandre III près de Saint-Pétersbourg[8]. En 1895, le professeur Korsakov et ses élèves Bernstein et Rybakov expérimentent cette méthode à la clinique psychiatrique de Moscou. A. Bernstein publie, en 1897, une note sur le rôle du séjour au lit[9]; il signale la promptitude avec laquelle la plupart des maniaques s'habituent au lit; l'agitation s'atténue considérablement; le pavillon cellulaire de l'établissement reste inoccupé. Plus de ces scènes « auxquelles nous étions accoutumés pendant le système de l'isolement dans les cellules... Les malades gardent, grâce à la mise en scène de l'hôpital, leurs qualités humaines qui dégénéraient bien vite autrefois dans l'emprisonnement solitaire des céllules. Le gâtisme par terre, compagnon indispensable du séjour dans les cellules, disparaît complètement. »

A Ekaterinoslav, le docteur Govséiev pratique l'alitement dès 1894, et fait connaître en 1896 le résultat de ses observations[10].

[1] Hebold. *Bettbehandlung und Zelle.* (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie.* t. XLVII, p. 686, 1891.)

[2] C.-F.-W. Roller. *Die Fürstl. Lippe'sche Heil-und Pflegeanstalt Lindenhaus in Brake bei Lemgo.* Bielefeld, 1891, p. 76-106.

[3] Klinke. *Zur Geschichte der freien Behandlung und der Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken.* (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. XLIX, p. 669, 1893.)

[4] Paetz. *Die Kolonisirung der Geisteskranken.* Berlin, 1893, p. 209-215.

[5] Scholz. *Die nächste Aufgabe der Irrenpflege.* (*Allg. Zeits. f. Psychiat.*, p. 690, t. L, 1894.)

[6] Kraepelin. (*Allg. Zeits. f. Psych.*, t. XLI.)

[7] Heilbronner. *Bettbehandlung und Einzelzimmerbehandlung.* (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. LIII, 1897.)

[8] Timoféiev. *Méthode de traitement des aliénés, dite du lit* (en russe). *Arkhiv psikhiatr.*, t. XIX, p. 3.)

[9] Bernstein. *Sur le rôle du séjour au lit dans le traitement des aliénés.* (*Annales médico-psychol.*, janvier 1897.)

[10] Govséiev. *Le régime du lit et sa valeur dans le traitement des aliénés* (en russe). (*Obozr. psikhiatr.*, 1896, p. 5.)

A la clinique de l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, le traitement par le lit est appliqué, en 1896, par le professeur Bechterev et ses assistants Trapeznikov et Osipov. Ces derniers auteurs arrivent à conclure que les aliénés s'habituent très facilement au séjour au lit; que ce mode de traitement ne diminue pas sensiblement la durée de la maladie; qu'il a l'inconvénient de déterminer de la constipation et de l'anorexie [1]. Pour le professeur Bechterev, le traitement par le lit est indiqué chez les aliénes agités (aigus et chroniques), dans la démence aiguë, la stupeur, la dépression, chez les patients faibles, malpropres et chez ceux qui se fatiguent rapidement [2].

En Angleterre, la méthode ne paraît pas encore très répandue et nombre de médecins la critiquent. Hack Tuke ne lui consacre que quelques lignes dans son dictionnaire médico-psychologique [3]. Clouston range le séjour au lit parmi les moyens de contrainte et, malgré les tendances en faveur du repos, recommande l'exercice chez tous les aliénés, sauf chez les sujets neurasthéniques, les vieillards et dans les cas de psychoses puerpérales. J. Batty Tuke, au contraire, est partisan du traitement par le repos au lit; il admet que, dans les psychoses aiguës, il existe une hyperémie de l'écorce que l'exercice ne peut qu'exagérer. Il recommande d'associer à l'alitement les calmants, les bains, le massage. D'autres auteurs, Rayner, Rivers, Nicolson, recommandent également le *Rest in Bed* [4].

Aux Etats-Unis, Hurd [5] recommande le traitement par le lit dans les psychoses aiguës, sauf la manie.

En Suisse, Rabow, élève de Ludwig Meyer, introduit l'ali-

[1] Trapeznikov et Osipov. *Sur le traitement des aliénés par le lit.* (Société médicale de Saint-Pétersbourg, 5 mai 1897.)

[2] Bechterev. *Ueber die Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken.* (*Centr.-Bl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie*, août 1897.)

[3] Hack Tuke. Art. « *Rest in bed* » in *Dictionary of psychological medicin*. (Londres, 1892, t. II, p. 1314.)

[4] *Rest and Exercise in the treatment of Nervous and Mental Diseases.* — A discussion opened by T.-S. Clouston, M. D., and J. Batty Tuke, M. D., at the annual meeting of the medico-psychological association; july 1895. (*Journal of Mental Science*, 1895, p. 599.)

[5] Hurd. *The Minor treatment of Insane Patients.* (*Alienist and neurologist*, oct. 1883.)

tement à Lausanne dès 1876. Wille l'applique à Bâle en 1879, Burckardt à Neuchâtel (1882), Martin à Genève[1].

En Autriche, Krayatch pratique l'alitement dès 1895; Borek l'introduit en Bohême; von Krafft-Ebing, dans son traité, considère cette méthode comme la prescription médicale la plus importante et la plus bienfaisante.

Depuis quelques années un mouvement parait se dessiner en France en faveur de la vieille méthode de Guislain et de Falret ainsi réimportée de l'étranger. En 1894, au cours d'une mission dont l'un de nous fut chargé en Allemagne, en Autriche et en Suisse, il s'est rendu compte *de visu* des avantages que présente l'alitement et il a recueilli sur cette importante question, l'opinion des psychiatres les plus autorisés. Ces faits sont consignés dans les relations de ce voyage d'études[2], ainsi qu'au cours de diverses publications sur le traitement par le lit dans l'épilepsie, les délires toxiques, la mélancolie, les psychoses aiguës[3]. A partir de 1894, il eut l'occasion d'expérimenter le traitement par le lit dans certains cas pendant quelques intérims à l'asile de Villejuif.

En 1896, au Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, un confrère russe, M. Serbski, demande aux membres de l'assemblée si le traitement par le lit est appliqué en France. Aucune discussion n'est engagée sur cette importante question.

Il faut arriver à l'année 1897 pour voir la méthode adoptée systématiquement pour la première fois, en France, dans les services de MM. Magnan à l'admission de Sainte-Anne, Joffroy à la clinique des maladies mentales, Briand et Toulouse à l'asile de Villejuif, Sérieux à la maison de Santé de Ville-Evrard[4].

[1] Roehrich. *Du traitement par le lit chez les aliénés.* (Thèse de Genève, 1898.)

[2] P. Sérieux. *L'assistance des alcooliques en Suisse, en Autriche, en Allemagne.* Montévrain, 1894. — *Notice historique sur le développement de l'assistance des aliénés en Allemagne.* (*Arch. de neurologie*, nov. 1895.)

[3] P. Sérieux et Marinesco. *Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie.* (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1895.)

P. Sérieux. *Le traitement des mélancoliques par le repos au lit.* (*Revue de psychiatrie*, août 1897.) — *Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit.* (*Revue internat. de thérapeut. et de pharmacol.*, 15 sept. 1897.)

[4] Consulter, dans le *Rapport sur le service des aliénés du département*

Bien qu'à l'heure actuelle l'alitement soit pratiqué chez nous seulement dans quelques services d'aliénés, il a fait l'objet d'un certain nombre de travaux. Citons les pages que lui ont consacrées Roubinovitch et Toulouse dans leur traité de la mélancolie[1]; différents articles du *Traité de thérapeutique appliquée* de A. Robin[2]; une note de M. Magnan qui pose en principe que no-restraint et alitement sont les deux méthodes générales à appliquer à tous les cas de manie[3]. Rappelons encore une revue générale de Manheimer[4]; un article de P. Kéraval[5]; la thèse de Lacombe[6]. Cette année même Magnan[7] et son élève Pochon[8] ont fixé des indications spéciales de la méthode; Toulouse et Marchand ont fait connaître le résultat de leurs recherches au point de vue de l'influence de l'alitement sur la nutrition et la température[9].

Enfin, dans une récente revue générale[10], nous nous effor-

de la Seine pour l'année 1897 (Montévrain, 1898), les rapports de MM. Magnan, p. 52; Joffroy, p. 70; Briand, p. 220; Toulouse, p. 239 et Sérieux, p. 198.

[1] Roubinovitch et Toulouse. *La Mélancolie*. Paris, 1897, p. 389.

[2] Voir les articles indiqués ci-dessous du *Traité de thérapeutique appliquée*, de A. Robin: Magnan et Sérieux. Traitement de l'intoxication alcoolique. — Magnan et Pécharman. Thérapeutique générale des maladies mentales. — Traitement de la folie intermittente, — P. Chaslin. Traitement du délire hallucinatoire. — Traitement de la confusion mentale. — Ritti. Traitement de la mélancolie. — Blin. Traitement des états maniaques.

[3] Magnan. *Traitement de la manie.* (*Revue de psychiatrie*, juillet 1897.)

[4] Manheimer. *Le traitement des aliénés au lit.* (*Tribune méd.*, 1898, n° 37.)

[5] P. Keraval. *Le traitement de l'aliénation mentale par le repos au lit.* (*Progrès méd.* 18 juin 1898.)

[6] Lacombe. *Contribution à l'étude du traitement des aliénés par le repos au lit.* (Thèse de Paris, 1898.)

[7] Magnan. *Alitement. Traitement par le repos au lit, dans les formes aiguës et subaiguës de l'alcoolisme.* (*Dixième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, tenu à Marseille du 4 au 8 avril* 1899.)

[8] Pochon. *Étude sur le traitement des aliénés agités par le repos au lit.* (Thèse de Paris, 1899.)

[9] Toulouse et Marchand. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 4 mars et 8 juillet 1899.)

[10] P. Sérieux et F. Farnarier. *Le traitement des psychoses aiguës, etc.*, *loc. cit.*

cions de mettre la question au point et de fixer aussi exactement que possible les indications de la méthode.

*
* *

Telles sont les diverses étapes parcourues par la méthode de l'alitement.

Comme on le voit, l'idée de soigner par le lit les sujets atteints de psychoses aiguës a fait du chemin depuis les essais partiels de Guislain et de Falret; on peut dire qu'actuellement, ce mode de traitement n'est même plus discuté dans les pays de langue allemande; il est appliqué par la majorité des psychiatres russes; bon nombre d'aliénistes anglais, hollandais et américains s'en déclarent partisans; enfin, les trop rares auteurs qui l'ont expérimenté en France en ont retiré les meilleurs résultats. Nul doute que son emploi ne se généralise de plus en plus, pour le plus grand profit des malades et des médecins; aussi, profondément convaincus des avantages de toute nature que présente ce procédé thérapeutique, nous n'hésitons pas à affirmer qu'il est appelé à prendre rang, avec la suppression des moyens de contention (*no-restraint*), le traitement en liberté (*open-door*) et la *colonisation*, parmi les conquêtes les plus précieuses de la psychiatrie contemporaine.

Le traitement par le lit entraîne comme corollaire obligé une modification radicale de notre système suranné d'assistance des aliénés, système désormais condamné sans appel. L'application générale de la méthode en question amènera fatalement la disparition de nos asiles-prisons — où les exigences de la thérapeutique tiennent si peu de place — et leur remplacement par des hôpitaux de traitement pour les aigus, par des colonies agricoles et par l'assistance familiale pour les convalescents, les intermittents, les chroniques et les incurables.

L'alitement consacrera ainsi, d'une façon pratique, l'élévation des aliénés à la dignité de malades, proclamée il y a près d'un siècle par Pinel, et restée depuis lors formule sans application; seul le traitement par le lit en assurera le développement intégral. On ne se contentera plus d'*interner* les aliénés: on les *traitera*. Et la clinothérapie permettra de rendre guéris à la société bon nombre de malheureux, que les conditions trop longtemps défavorables du traitement des maladies mentales ont seules jusqu'ici condamnés à l'incurabilité.

REVUE CRITIQUE.

SUR LE SENS MUSCULAIRE A PROPOS DE QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS;

Par Henri VERGER,
Chef de clinique médicale à l'Université de Bordeaux.

L'étude du sens musculaire est une de celles qui peuvent le mieux montrer comment une conception physiologique présentée au début comme très simple peut devenir de plus en plus complexe au fur et à mesure que les chercheurs viennent ajouter des données nouvelles au problème et retardent d'autant sa solution définitive. Cette expression de « sens musculaire » introduite dans la science par Charles Bell, en 1833, n'exprimait alors que l'idée vague de sentiment de l'action du muscle, et nous retrouvons cette même conception dans les travaux de Landry, 1852. Les auteurs qui suivirent ne tardèrent pas à s'apercevoir qu'en réalité le sens musculaire était quelque chose de beaucoup plus complexe. Duchenne (de Boulogne), en 1852, distingua la « sensibilité musculaire » qui renseigne sur le mouvement en cours d'exécution et la « conscience musculaire » qui entre en fonction au moment d'exécuter ce mouvement. En même temps, du reste, d'autres auteurs ramenant la question sur son vrai terrain tendaient à placer l'origine des sensations en question, non point dans les muscles, au moins dans les muscles seuls, mais dans la peau et l'expression de sens des mouvements substituée à celle de sens musculaire ne s'appliqua plus à un sens spécial, mais à une modalité particulière des sensations tactiles. C'est Schiff qui émit le premier cette idée reprise plus tard par Vulpian. Trousseau étudiant l'ataxie développa encore le rôle de la sensibilité tactile et parla le premier de sensibilité articulaire.

Dès cette époque le problème était nettement posé et les auteurs contemporains n'ont fait qu'amplifier la question, et y ajouter de nouvelles données. Notre intention n'est pas de faire ici un exposé complet de ces travaux, désirant nous limiter à l'étude critique de quelques publications récentes [1]. Tous les auteurs contemporains

[1] Pour l'historique voir Sollier. *Le sens musculaire.* (*Archives de Neurologie*, 1887.)

s'accordent à admettre l'existence non pas d'un sens musculaire autonome tel que l'avait conçu Charles Bell, mais d'un complexus d'impressions périphériques perçues à l'occasion des mouvements et provenant de sources multiples. A ce complexus sensitif dont les différents éléments ont donné lieu à des discussions nombreuses, on a donné des noms plus en rapport avec les idées nouvelles. L'expression de « sensations kinesthésiques » créée par Charlton Bastian est évidemment celle qui exprime le mieux la pensée moderne puisqu'elle renferme l'idée de multiplicité d'origine et celle de phénomènes liés au mouvement. Il semblerait donc qu'elle dut avoir toutes chances de supplanter celle de « sens musculaire » qui, prise dans un sens étroit, ne correspond plus à la réalité des faits. Il n'en est rien. Une expression qui a servi quelque soixante ans est difficilement rayée du vocabulaire. Nous la prenons donc telle quelle avec la majorité des auteurs, tout en la sachant mauvaise, reconnaissant avec Claparède « que ce terme est si utile en pratique que ceux-là même qui n'ont pas assez de reproches à lui adresser ne savent pas s'en passer ».

La classification des sensations élémentaires, dont l'ensemble constitue le sens musculaire, la détermination de leur importance respective et le rôle qu'elles jouent dans la genèse des mouvements et la coordination volontaire tels sont à l'heure actuelle, les points en litige. Ces questions ont été étudiées presque simultanément dans plusieurs travaux récents qu'il est intéressant de comparer. Ce sont les thèses d'Abba [1], de Bourdicault-Dumay [2], de Cherechewski [3], de Claparède [4].

I. — Psychologie du sens musculaire.

Après Bastian, Lamacq en 1891 [5] admettait quatre notions élémentaires ou quatre modalités des sensations musculaires [6]. C'étaient : 1° La notion des mouvements actifs perçue à l'occasion

[1] Abba. *Etude clinique des troubles de la sensibilité générale, des sens musculaire et stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale.* Thèse de Paris, 1896.

[2] Bourdicault-Dumay. *Troubles de la sensibilité générale, du sens musculaire et du sens stéréognostique dans les hémiplégies cérébrales.* Thèse de Paris, 1894.

[3] Cherechewski. *Le sens des attitudes.* Thèse de Paris, 1897.

[4] Claparède. *Le sens musculaire et l'hémiataxie pos-hémiplégique.* Thèse de Genève, 1897.

[5] Lamacq. *Le sens musculaire.* Thèse de Bordeaux, 1891.

[6] Nous ne comprenons dans l'étude du sens musculaire ni la sensation produite par la pression des muscles, ni la sensation de courbature qui se produit au niveau des muscles fatigués.

des mouvements volontaires et aussi des mouvements réflexes des membres toutes les fois que la contraction musculaire est cause du mouvement ; 2° La notion des mouvements passifs lorsque les membres sont mis en mouvement par une cause externe quelconque, et sans qu'aucune réaction musculaire intervienne; 3° La notion de position des membres qui renseigne sur leur situation dans l'espace par rapport aux autres parties du corps, qu'ils aient été amenés à cette situation par des mouvements volontaires ou par des actions externes; 4° La notion de poids qui peut se confondre avec la notion de résistance au mouvement.

Bourdicault-Dumay et Claparède conservent cette classification. Abba poussant plus loin l'analyse examine successivement : la perception des mouvements passifs, la notion de position, la force musculaire, la sensation de pression avec des poids différents, le sens de l'orientation et le sens stéréognostique. Il est aisé de voir que si cette division répond à des nécessités d'examen clinique, elle doit être simplifiée au point de vue physiologique. Outre qu'il n'y est point parlé des mouvements actifs, le sens de l'orientation fait double emploi avec la notion de position dont il n'est qu'une variante; et d'autre part la notion de la différence des poids soupesés ressort seule au sens musculaire tandis que la sensation de pression avec différents poids ressort à la sensibilité tactile et à la sensibilité musculaire profonde.

Pour Cherchewski il n'y aurait qu'une seule espèce de sensations périphériques perçues à l'occasion des mouvements. Il ramène tout le sens musculaire à une seule notion fondamentale, celle des attitudes segmentaires ou totales, expression qui correspond à celle de notion de position des membres. La notion de mouvement actif ou passif serait une notion complexe, formée par la succession dans le temps d'une série de notions de position en sorte qu'on aurait la perception d'un mouvement uniquement par la perception des déplacements successifs. Outre que pour expliquer la sensation du mouvement actif et la ramener à la sensation des attitudes successives Cherchewski est obligé de faire appel à un facteur d'origine centrale sur lequel nous aurons à revenir, une grave objection peut être faite à sa théorie. Nous même avons pu maintes fois constater chez des hémiplégiques en étudiant la notion de position qu'ils se rendaient compte d'un certain déplacement de leur membre, mais qu'ils étaient incapables de se rendre également compte de la position où ce déplacement l'avait amené. Puisque la sensation brute de mouvement passif peut exister sans que la position définitive du membre soit elle-même perçue, il paraît bien difficile de faire de la sensation de mouvement la résultante de sensations de position qui en l'espèce ne se produisent pas.

Claparède n'admet pas cette simplification du sens musculaire

et il s'est attaché à déterminer les rapports des quatre notions élémentaires que nous avons énumérées, entre elles et avec les sensations d'autre nature.

Pour lui, la sensation de position des membres, la plus facile à explorer cliniquement n'est pas due à une sensation primitive irréductible. Une position donnée d'un membre suscite certaines sensations sur l'origine desquelles nous discuterons plus loin, mais dont l'ensemble est insuffisant à former à lui seul une représentation mentale, une image. C'est par association avec des souvenirs visuels antérieurs que se crée l'image mentale de la position du membre et de fait cette image est une image visuelle. La notion de position serait le résultat d'un *jugement*. Le mot est peut-être inexact car jugement suppose une opération mentale active, une comparaison. Tout en reconnaissant le bien fondé des arguments l'explication psychologique nous semble défectueuse. Il y a éveil de l'image visuelle par association, mais cette image visuelle apparait seule dans la conscience sans que l'esprit ait à intervenir activement. Il n'y a donc pas jugement si l'on admet qu'un jugement est à proprement parler un phénomène conscient.

Claparède fait de plus justement observer, et ceci est un argument contre la théorie de Cherchewski que la notion de position ne saurait exister en l'absence du mouvement. Cette assertion repose sur ce fait facile à vérifier qu'on a d'autant plus de peine à se rendre compte de la position d'un membre, que ce membre est immobile depuis plus longtemps comme cela arrive le matin au réveil, car il suffit du plus léger mouvement pour éveiller la notion absente. Tout en étant vraie d'une manière générale, cette explication ne saurait être généralisée.

La sensation de mouvement passif est un élément irréductible qui précède dans le temps la sensation de position et de direction. Et ici se place dans le travail de Claparède une discussion des plus intéressantes, car elle a pour objet l'étude des organes d'où provient cette sensation simple. Trois sortes d'organes sont à considérer, la peau, les muscles et les articulations avec les tendons. Or l'auto-analyse psychologique, si minutieuse qu'elle soit, est impuissante à nous révéler autre chose qu'une sensation de mouvement; elle ne peut en déterminer les sources. Wundt a dit à ce propos : « L'analyse de toutes ces sensations est particulièrement difficile car c'est leur association même que nous avons été habitués à rapporter aux mouvements des parties de notre corps. Chaque sensation élémentaire n'ayant de signification qu'en tant qu'elle fait partie du tout donné nous avons perdu la faculté de les percevoir d'une façon indépendante. »

Goldscheider cité par Clapacède a tenté de résoudre la question par l'analyse expérimentale. Partant de ce fait que si on empêche artificiellement l'avant-bras de se fléchir sur le bras, malgré l'e f

fort du biceps on n'a aucune sensation de mouvement, il croit pouvoir établir que les sensations musculaires proprement dites n'interviennent pas dans la formation de la notion de mouvement. Bien que faisant des réserves au sujet de cette expérience, Claparède admet que les sensations de mouvement proviennent pour la plus grande partie des articulations : « Leur source véritable, dit-il se trouve, dans le frottement, si léger soit-il, des surfaces articulaires, dans la tension ou le relâchement des capsules et des ligaments, dans l'extension ou le plissement de la peau, des tissus mous, des muscles et de leurs tendons, en particulier dans la tension de certains muscles et le relâchement simultané de leurs antagonistes ». Il y a donc chez lui un juste éclectisme, car tout en admettant la suprématie des sensations articulaires il se refuse à dénier toute participation aux sensations musculaires proprement dites.

Dans la production de la notion du mouvement actif il faut faire intervenir les mêmes sensations, mais avec quelque chose de plus. A la suite de Johannès Muller[1] beaucoup d'auteurs avaient été amenés à admettre l'existence d'une sensation spéciale accompagnant l'influx nerveux volontaire lancé par le cerveau. Cette théorie de l'origine centrale du sens musculaire n'est plus guère admise en tant que théorie exclusive. Wundt lui-même en qui elle se personnifiait parmi les contemporains admet les sensations musculaires périphériques et ne fait intervenir la sensation centrale et d'activité cérébrale qu'à l'occasion des mouvements actifs[2].

Cherchęwski a repris la même idée et pour lui la sensation du mouvement actif est constituée par l'association de la sensation d'innervation d'origine centrale avec la sensation des attitudes segmentaires. Claparède se refuse à admettre cette sensation d'innervation et il montre le mal fondé des expériences qui prétendent prouver l'origine centrale du sens musculaire. Les sensations illusoires des amputés, ou Weir Abitchell avait vu cette preuve sont d'origine périphérique; notre maître, le professeur Pitres, a montré qu'elles disparaissaient par la cocaïnisation du moignon.

En l'absence de cette sensation d'innervation c'est l'existence de la représentation mentale du mouvement précédant son exécution qui d'après Claparède donne à ce mouvement son caractère volontaire. Et il montre comment on peut concilier les deux théories. « Dans la pratique, dit-il, cette idée de mouvement se trouve être consciente au moment même où le mouvement s'exécute, et comme il arrive alors de la périphérie un certain nombre d'impressions musculaires cutanées et articulaires, le tout se fusionne dans la conscience en un sentiment *sui generis*, assez vague en réalité et

[1] *Handbuch d. Physiologie*, II, p. 500, 1840.
[2] *Lehrbuch des Physiol. Psychologie* I, 1893.

qui est celui pour lequel Johannès Muller et Wundt avaient cru devoir forger une théorie spéciale. »

Les sensations fournies par les organes périphériques sont de plus différentes dans le mouvement actif et le mouvement passif; les sensations musculaires et articulaires sont plus vives dans le premier cas. Mais cette différence est secondaire pour la différentiation des deux notions dans la conscience. La notion de la direction du mouvement est une résultante formée de la notion de mouvement propre, avec les notions des positions successives engendrées par ce mouvement même.

La sensation ou notion de résistance que Beaunis, partisan convaincu des idées de Wundt déclarait être simplement due à la conscience que nous avons de notre activité motrice centrale, trouve pour Claparède une autre explication en conformité avec la théorie de l'origine périphérique du sens musculaire. Elle résulte de plusieurs éléments qu'il classe ainsi :

« 1° Dans le cas où un mouvement actif rencontre une certaine résistance les sensations musculaires et articulaires qui donnent lieu à la sensation primitive de mouvement acquièrent une intensité anormale; 2° La sensation kinesthésique qui a coutume d'être associée à ces impressions musculaires et à l'image qui les précède est absente puisque en fait le mouvement est empêché; 3° La tension des muscles atteint une importance considérable, bien plus grande que dans un mouvement non contrarié; 4° La pression cutanée contre l'obstacle intervient également, mais elle peut être considérée ici comme une sensation de peu d'importance relativement à celles qui précèdent. »

Par conséquent la notion brute de résistance résulterait d'un désaccord dans les associations habituelles. Elle nécessiterait elle aussi un jugement, une comparaison. Les autres notions, d'effort, de pesanteur seraient des variantes de cette notion de résistance. Dans le cas d'effort, il y a en plus des sensations habituelles qui indiquent la résistance, une série d'impressions de même nature, mais de sources différentes provenant des articulations et des muscles de la glotte et du thorax.

La notion de la différence de poids est due à des variations quantitatives de cette notion de résistance et l'appréciation de ces poids est le résultat d'une opération mentale beaucoup plus complexe dans laquelle interviennent des processus d'association.

Nous pouvons maintenant résumer en quelques mots les idées de Claparède. Il n'y a en somme pour lui que des sensations de mouvement, éléments psychologiquement irréductibles. mais physiologiquement analysables, et dans la formation desquels les sensations musculaires proprement dites entrent pour une large part. Les notions secondaires de position, de résistance, de mouvement actif ou passif sont des résultats soit de variations quali-

tatives de ces sensations de mouvement, soit de leur association avec d'autres éléments sensoriels ou mnésiques.

La théorie de Claparède est donc une théorie simpliste, surtout si l'on tient compte de ce fait qu'au contraire de Cherchewski, il n'admet que des éléments périphériques à l'exclusion d'un élément central du sens musculaire. Par de nombreux côtés son travail réalise un progrès sensible.

Le rôle des sensations musculaires proprement dites avait en effet été trop complètement écarté en tant que facteur de la sensation de mouvement. Pour notre part nous pensons que si dans la production de la sensation brute de mouvement le principal rôle est dévolu aux impressions articulaires et cutanées, il n'en est pas de même dans la perception des variations quantitatives du mouvement actif, c'est-à-dire dans l'appréciation des résistances. C'est ici semble-t-il la perception des variations d'intensité de la contraction musculaire qu'on doit surtout considérer. Notre maître le professeur Pitres a dit à ce propos : « La contraction d'un muscle est accompagnée d'une sensation toute particulière qui fait apprécier exactement le degré de durcissement actif des fibres musculaires[1]. » Si l'on veut réfléchir que dans ce mouvement actif quel qu'il soit, il y a toujours une certaine résistance représentée au minimum par le poids du membre à mouvoir, il est aisé de concevoir que la perception d'une résistance plus élevée est seulement le fait d'une variation quantitative de la sensation et que la notion de désaccord entre les associations habituelles qu'invoque Claparède n'a pas sa raison d'être. En effet cette idée de désaccord implique l'idée de la perception nette d'un empêchement au mouvement ce qui ne saurait se faire sans une opération mentale, sans un jugement. Or il nous paraît que dans le fait de la sensation de résistance, aucun jugement n'intervient si, comme nous le disions plus haut, on admet que le jugement est un phénomène conscient. Le jugement est seulement nécessaire quand il s'agit de comparer entre elles deux sensations de résistance données, comme par exemple dans l'action de comparer entre eux des poids différents.

En ce qui concerne l'origine centrale ou périphérique du sens musculaire la question nous semble parfaitement élucidée par Claparède et nous nous rallions pleinement à sa manière de voir. Il semble bien en effet qu'il faille admettre à l'origine du mouvement actif un phénomène cérébral conscient, et que ce soit la reviviscence mnésique d'une image motrice préalablement enregistrée. Mais cette image motrice ne peut être elle-même qu'un résidu de sensations musculaires antérieurement perçues. Or,

[1] A. Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie*. Paris, 1891, vol. I, p. 110.

entre la conscience d'une représentation mentale et ce que les auteurs appellent sensation d'innervation, entendant par là la sensation de l'activité consciente des centres moteurs, il n'y a pas autre chose qu'une différence de mots pour désigner un fait identique.

Ceci nous amène à parler de l'origine de ces images motrices conservées dans la mémoire. Tout le monde est d'accord pour penser que les premiers mouvements du fœtus comme aussi probablement ceux du nouveau-né sont des mouvements réflexes. Or, dit Claparède, pour passer du mouvement réflexe au mouvement volontaire on tourne dans un cercle vicieux car « si l'on veut comprendre le mouvement volontaire il faut lui présupposer une image motrice, mais cette image motrice ne pourra se former qu'à la suite d'un mouvement conscient ».

C'est que Claparède admet que le mouvemeut réflexe est par définition non accompagné de phénomènes psychiques conscients. Il n'en est point tout à fait ainsi. Sans doute il peut y avoir mouvement réflexe en dehors de toute conscience, mais chez l'individu normal les mouvements réflexes des membres donnent lieu à une représentation consciente au même titre que les mouvements passifs. L'individu qui a les yeux fermés et dont on percute pour la première fois le tendon rotulien a conscience de la projection de sa jambe en avant, encore que ce mouvemont soit parfaitement involontaire. Le mouvement instinctif que Claparède admet après Wundt et qui participerait à la fois du réflexe, car il ne pourrait être déterminé que d'une manière possible et sans que la volonté puisse y prendre part et du mouvement volontaire proprement dit parce qu'il donne lieu à des impressions conscientes susceptibles de laisser des traces dans la mémoire, nous parait donc un intermédiaire superflu. Les mouvements du fœtus sont certainement inconscients, mais les mouvements réflexes du nouveau-né donnent déjà lieu à des images motrices qui seront l'origine des futurs mouvements volontaires. (*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS.

UN CAS D'HALLUCINATIONS PSYCHO-MOTRICES CHEZ UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL;

Par le Dr Raoul LEROY,
Médecin adjoint de l'Asile des aliénés d'Évreux.

Si on élimine les troubles sensoriels d'origine alcoolique que présentent souvent les paralytiques généraux, on peut dire que les hallucinations propres à l'encéphalite interstitielle diffuse sont relativement assez rares. Falret, Millet, Thomeuf, Fournier vont même jusqu'à en contester l'existence, mais la majorité des aliénistes les admettent soit en les considérant comme rares (Lunier, Lasègue, Marcé, Baillayer, Dagonet, Westphall, Krafft-Ebing, Magnan) soit en les regardant comme fréquentes (Michéa, Trélat. Morel, Brierre de Boismont, Foville, A. Voisin, Girma, Luys, Christian et Ritti, Claüs, Schüle, Obersteiner). Notre collègue et ami le Dr Baruk, qui a examiné dans sa thèse les différentes opinions des auteurs, arrive à cette conclusion que les hallucinations chez les paralytiques généraux se présentent à peu près dans le tiers des cas et que les sens les plus fréquemment affectés sont ceux de la vue et de l'ouïe.

Les hallucinations psycho-motrices n'avaient guère été observées avant 1894 que par M. le Dr Girma qui en rapporte trois exemples dans sa thèse, en les notant simplement. C'est à M. le Dr Sérieux que l'on doit le premier travail intéressant sur ces faits[1], travail publié à l'occasion du cas d'une malade paralytique générale qui présenta des hallucinations motrices verbales, accompagnées de mouvements involontaires de mastication ou de grincements des dents, et un délire des persécutions entretenu par ces troubles psycho-sensoriels. L'autopsie montra, entre autres choses, des lésions de méningo-

[1] Sérieux. *Archives de Neurologie*, mai 1894.

encéphalite localisées au niveau du centre moteur du langage et des centres masticateurs.

Nous avons eu l'occasion de suivre pendant deux ans, à l'asile des aliénés d'Evreux, un paralytique général qui présenta également des hallucinations psycho-motrices et dont l'observation nous a paru intéressante.

Ce malade, dégénéré héréditaire, syphilitique, est atteint de tabes en 1893, puis présente des symptômes de paralysie générale en 1897. Sous l'influence d'excès alcooliques, il fait un véritable délire hallucinatoire (hallucinations visuelles, auditives, kinesthétiques), où les idées de grandeur les plus absurdes se joignent aux conceptions les plus incohérentes. Au bout de quelques mois ce délire cesse et est remplacé par une période de rémission.

Pendant cette période de rémission, sans nouvel appoint alcoolique, se manifeste un délire mélancolique avec idées de persécution, délire accompagné de nombreuses hallucinations de l'ouïe et d'hallucinations psycho-motrices. Par intervalle, ces troubles sensoriels devenant très actifs déterminent des idées de suicide et de violentes impulsions. Cette complication délirante de la paralysie générale semble due à l'hérédité du malade dont le père présenta également des idées mélancoliques. « Ces troubles psychiques accessoires[1] ne sont pas en relation avec telle ou telle des lésions anatomiques. Celles-ci n'agissent qu'en produisant l'affaiblissement intellectuel, grâce auquel peuvent, à leur tour et dans certaines circonstances, se manifester des états délirants. L'hérédité psychopathique ne perd pas son influence et intervient plus d'une fois dans la genèse d'un épisode délirant. L'alcool est la pierre de touche de la résistance cérébrale ; il décèle les prédispositions vésaniques latentes. Il en est de même de l'encéphalite interstitielle : à peine le cerveau est-il touché par la lésion que les aptitudes délirantes du sujet se révèlent, précédant ou masquant les signes d'affaiblissement intellectuel : tels sont, par exemple, les accès mélancoliques qui se montrent chez certains individus que leurs antécédents héréditaires prédisposent à cette spécialisation vésanique. »

L'autopsie du malade révéla quelques faits intéressants au sujet de la pathogénie de ses hallucinations psycho-motrices,

[1] Magnan et Sérieux. *La paralysie générale.*

qu'il attribuait à « du monde dans l'estomac ». Il mourut de cancer de l'estomac et ses méninges présentaient des adhérences au niveau de la troisième circonvolution frontale gauche (siège du centre des images verbales).

Observation. — *Paralysie générale survenue chez un tabétique. Dégénérescence mentale héréditaire. Syphilis. Accès maniaque avec idées incohérentes de grandeur et délire hallucinatoire très intense, sous l'influence d'excès alcooliques. Rémission. Délire mélancolique avec idées de persécution. Tentative de suicide. Hallucinations multiples, auditives, visuelles, psycho-motrices. Mort par cancer primitif de l'estomac et cancer secondaire du foie.*

Autopsie : *encéphalite chronique interstitielle avec adhérences méningées localisées à la partie antérieure de l'hémisphère gauche, deuxième et troisième frontales, extrémité inférieure de la frontale ascendante. Sclérose des bandelettes externes des cordons postérieurs de la moelle.*

Eugène X..., chauffeur mécanicien, est né en 1854. Son père est mort de ramollissement cérébral à l'asile des aliénés d'Evreux où il était entré pour démence sénile avec idées de grandeur et idées de persécution; il avait des hallucinations de l'ouïe et croyait qu'on allait le guillotiner. Sa mère, décédée encore jeune, avait des crises convulsives de nature probablement hystérique. Une de ses cousines germaines du côté paternel est internée à l'asile d'Evreux depuis 1868 pour idiotie avec cécité. Le malade eut dix frères et sœurs. La plupart moururent en bas âge, sauf un frère paraissant jouir actuellement d'une santé satisfaisante et une sœur mariée dont la fille est paralysée du côté gauche.

Eugène X... eut une enfance délicate, se développa tardivement et présenta des convulsions à plusieurs reprises. Il contracta la syphilis à l'âge de vingt ans en 1874 et fut soigné pendant huit mois avec des préparations mercurielles et de l'iodure de potassium. Marié l'année suivante, il eut deux enfants l'aîné mort-né et une fille aujourd'hui mariée et bien portante.

Ce fut en 1893 que le malade se vit forcé d'interrompre son travail de mécanicien au chemin de fer à cause de *crises gastriques intenses, périodiques* et de vomissements alimentaires puis muqueux. Le médecin, en raison des habitudes éthyliques de son client, pensa à une gastrite alcoolique et le mit au régime du lait. L'affection était plus sérieuse. Les crises gastriques « si atroces, au dire du malade, qu'il voulait s'ouvrir le ventre avec un couteau », durant trois à quatre jours et cessant tout à coup comme par enchantement étaient le premier symptôme d'un *tabes dorsalis*. Eugène X... éprouva au bout de quelques mois des *douleurs fulgurantes* dans les jambes comparables au passage d'une étincelle

électrique, *des douleurs en ceinture* siégeant au niveau de la poitrine et enserrant le thorax comme dans une cuirasse, des fourmillements dans les membres inférieurs.

Sa famille inquiète le conduisit à la consultation de la Salpêtrière où les Drs Souques et Dutil firent le diagnostic de tabes dorsalis et lui ordonnèrent des pointes de feu sur la colonne vertébrale, des pilules de nitrate d'argent à 1 centigramme et de l'iodure de potassium. Leur examen avait donné les résultats suivants : (mai 1894).

Abolition du réflexe rotulien (signe de Westphal).

Impossibilité de se tenir debout les yeux fermés (signe de Romberg).

Disparition du réflexe à la lumière et conservation du réflexe à l'accommodation (signe d'Argyll Robertson).

Le Dr Trousseau des Quinze-Vingts, rédigea à la même époque la consultation ci-jointe : « Il n'y a au fond des yeux que de légers staphylomes postérieurs. La pupille droite est dilatée. il y a une parésie de la pupille et du muscle ciliaire. Pour le moment le malade n'accuse aucune diplopie mais il voit double de temps en temps, ce qui doit tenir à une parésie de la troisième paire droite. »

Eugène X... continue à suivre son traitement pendant l'année 1895 et peut, malgré son affection de la moelle, s'occuper comme chauffeur dans une usine. L'année 1896 n'amène aucune diminution dans les symptômes tabétiques. Par moments, les jambes du malade fléchissent, le laissant tomber à terre dans la rue, dans sa chambre, sans que rien ne puisse faire prévoir cette chute. Le sol ne lui offre aucune résistance sous les pieds et lui donne la même sensation que du sable. Eugène X... éprouve des engourdissements, des fourmillements dans les jambes et les pieds, voit des mouches noires voltiger devant ses yeux et souffre fréquemment de maux de tête comparables à des coups de marteau.

C'est au commencement de 1897 que la femme est frappée du changement survenu dans le caractère de son mari. Il se montre tantôt sombre, agressif, taciturne, restant des journées entières sans parler à personne, tantôt loquace, incohérent. L'intelligence diminue, le malade raconte des faits contradictoires, oubliant ce qu'on lui a dit la veille. Son langage est enfantin, niais et par intervalle incompréhensible, certains mots ou certaines fins de mots ne pouvant plus être prononcés distinctement.

De plus, le malade éprouve des besoins génésiques invraisemblables, et se met à boire d'une façon immodérée. En avril 1897, ictus, la perte de connaissance dure environ cinq minutes.

Sous l'influence des excès alcooliques, Eugène X... devient subitement délirant. Le 15 juin 1897, il se met complètement nu dans sa chambre, se rhabille et va se promener dans la forêt voisine, secouant les arbres, appelant les oiseaux et voyant courir dans les

herbes des milliers de couleuvres et de sangliers. Il part sur les bords de la rivière et se met à pêcher sans ligne avec une simple baguette. En revenant le soir à la maison, il embauche tout le monde sur la route pour monter une usine colossale ; il est millionnaire, possède des châteaux, des usines dont les murailles sont en or, se croit généralissime, prince, empereur, distribue libéralement aux premiers venus titres, dignités et fortune fabuleuse ; les wagons du chemin de fer lui appartiennent et lui apportent des tonneaux d'or.

Quelques jours après ses extravagances, Eugène X... entre à l'asile des aliénés d'Evreux avec le certificat suivant rédigé par M. le Dr Colin, médecin du service des aliénés de la maison centrale de Gaillon : « Paralysie générale progressive, embarras de la parole, idées de grandeur et de richesse, excitation généralisée, dans ces derniers jours de maladie, a fait des excès génitaux et alcooliques. »

Au physique, c'est un homme petit, amaigri offrant de nombreux stigmates de dégénérescence : asymétrie faciale, malformations dentaires, grandes oreilles détachées de la tête, mal ourlées, voûte palatine rétrécie, asymétrique. Il est dans un état d'agitation extraordinaire et se met, dès son arrivée, à mesurer le terrain de l'asile pour l'acheter et y faire construire des usines gigantesques. Isolé en cellule, le malade déchire ses habits, ses draps, casse les carreaux, gâte sous lui et présente un délire hallucinatoire très intense dont voici un aperçu sommaire :

X... aperçoit derrière le carreau de sa cellule le géant des îles, c'est un de ses camarades qui lui dit être marié avec la reine Olga. Dieu défait le carreau de la porte et entre dans la cellule, le malade le prend par le pied, mais l'apparition monte au plafond et disparait. Une voix lui crie « passe ta paille sous la porte, je vais y mettre le feu, tu prendras une corde jetée par-dessus le mur qui te conduira jusqu'à Gaillon par la rivière de l'Iton, nous t'enlèverons avec des ballons, nous mettrons le feu aux meules de paille sur la route ».

Puis ce sont des wagons d'or qui entrent dans la pièce, trainés par une locomotive sur laquelle il monte et qu'il conduit. Son père, ses frères, sa mère, ses oncles, morts depuis longtemps, ressuscitent et viennent se coucher à ses côtés. Il les voit, les palpe et assiste à mille transformations fabuleuses. Ses parents se changent en éléphants, en sangliers et ont tous des jambes de girafe. Son père le regarde fumant sa pipe dans le ventre d'un cochon vivant, toute la famille entre dans le ventre d'un éléphant couché sur le lit. Sa femme et sa fille l'appellent par la fenêtre : « Viens à Paris, disent-elles. Tu sais bien que tu as canalisé la Seine de Paris au Havre, on va te brûler au four crématoire. Fais 400 fois le tour de ta cellule et tu trouveras alors un trou pour sortir. Tu iras dans

le ventre d'une baleine où tu vivras 400.000 ans » et le malade fait constamment le tour de sa cellule à grands pas. La baleine entre dans la cellule escortée de ses parents, puis la scène change, il se trouve au milieu de hautes montagnes taillées à pic.

D'autres jours, Eugène X... se promène sur la mer, visite les îles inconnues, pêche des poissons fantastiques et marche sur du sable parsemé de diamants. Ou bien à la tête de ses armées, il fait la guerre à l'Allemagne, le canon tonne, la fusillade éclate, la multitude innombrable des soldats l'acclame. Il arrive en Russie avec ses généraux pour conclure un traité avec l'empereur Nicolas II qui le reçoit au milieu de sa cour et pousse la familiarité jusqu'à lui donner une gifle. Il va ensuite à l'île du diable délivrer Dreyfus attaché à un piquet, le gracie et a des relations intimes avec la femme de ce dernier, relations qu'il décrit avec force détails.

Le malade vit constamment dans un monde imaginaire. Les murs de sa cellule lui semblent des caveaux remplis de têtes d'hommes; il veut construire des maisons jusqu'aux nuages et faire tourner la terre sur des galets. Des voix lui commandent d'agrandir le soleil et d'y mettre un tube au centre. Dieu descend du soleil avec une immense bande de toile blanche qu'il doit vendre; il se croit camelot, déchire ses draps, ses habits et les vend à haute voix.

Le sommeil lui est impossible, il doit marcher toute la nuit la tête couverte d'un drap, sinon les voix l'insultent : « fainéant, fainéant, veux-tu te lever ». Le soleil lui dit : « fais 7 pas, crache 7 fois et tu guériras ta vérole ».

Cet état hallucinatoire avec agitation et gâtisme se calme assez rapidement au bout de deux mois. Au commencement de septembre 1897, Eugène X... devient propre, recouvre le sommeil, ne délire plus et n'accuse aucune hallucination de la vue et de l'ouïe.

Nous pouvons alors l'interroger et voici le résultat de notre examen confirmant le diagnostic de paralysie générale :

Affaiblissement intellectuel avec perte de la mémoire, oublie facilement ce qu'il a fait, répète imparfaitement un article de journal qu'il vient de lire.

Achoppement syllabique très net.

Attention faible, idées mobiles et contradictoires.

Se rend compte du temps et du lieu et ne présente plus aucune idée délirante de grandeur.

Légère inégalité pupillaire D > G, les pupilles ne se contractent pas à la lumière, ni à l'accommodation.

Pas de ptosis, pas de diplopie, mouches volantes devant les yeux.

Sifflements presque continuels dans l'oreille droite.

Léger tremblement des lèvres et de la langue, tremblement plus accentué des mains.

Au point de vue des symptômes tabétiques nous notons :

Absence complète des réflexes du genou, du tendon d'Achille, du coude et du poignet.

Impossibilité de se tenir debout les yeux fermés.

Troubles de la marche peu accentués, appréciables seulement en faisant marcher le malade « au commandement » et en lui ordonnant de descendre un escalier.

Fourmillement dans les deux derniers doigts des mains, surtout dans le petit doigt de la main droite.

Sensibilité tactile retardée aux membres inférieurs ; sensibilité thermique normale ; sensibilité à la douleur considérablement diminuée ; il existe même des plaques d'anesthésie à la plante des pieds. Pas d'hémiparésie. Pas de troubles trophiques.

L'auscultation du cœur ne dénote aucun symptôme morbide, sauf des bruits sourds et mal frappés. Les artères radiales sont athéromateuses ; les pulsations normales. En raison des antécédents spécifiques du malade, on lui prescrit des frictions mercurielles alternant avec de l'iodure de potassium.

Le mois d'octobre amène encore de l'amélioration et le malade, entré dans une véritable période de rémission, va travailler aux ateliers de serrurerie de l'asile où il s'occupe d'une manière satisfaisante. Il accuse seulement de temps en temps des maux de tête et quelques étourdissements avec engourdissements passagers du bras droit.

Cet état de rémission se maintient pendant deux mois et Eugène X... est rendu à sa famille le 29 novembre 1897, se portant bien physiquement et ayant beaucoup engraissé. Il est calme, ne délire pas, raconte en riant les hallucinations fantastiques des jours d'agitation et conserve seulement comme troubles morbides un certain affaiblissement intellectuel, quelques accrocs de la parole, de l'inégalité pupillaire D > G et ses symptômes tabétiques.

Dix jours après sa sortie, le malade est ramené à l'asile ; l'amélioration ne s'était maintenue que cinq à six jours et avait été interrompue par un délire franchement mélancolique avec idées de culpabilité et idées de persécution. Eugène X... nous revient sombre, inquiet, tremblant, il est ruiné, perdu, déshonoré, il est un grand assassin et demande la mort ; des voix l'insultent, lui reprochent ses crimes. Un tableau noir présent devant ses yeux porte le nom du candidat pour lequel il doit voter aux élections législatives et lui dicte sa conduite politique. L'agitation est extrême, X... déchire ses draps, se roule à terre, frappe aux murs, entend la voix de sa femme et des menaces terribles.

23 *décembre* 1897. — L'excitation s'apaise et est remplacée par un grand état de confusion mentale, le malade est inconscient, obnubilé, demande où il se trouve et ne se rappelle pas sa dernière

crise d'agitation. Les idées de persécution sont aussi actives : on veut l'empoisonner, on lui envoie du fluide sur la figure et des mouches noires devant les yeux.

14 *janvier* 1898. — Persistance des hallucinations de la vue et de l'ouïe et des troubles de la sensibilité générale : des voix lui disent que le déluge arrive, il entend le son des cloches, il voit des curés qui dansent dans la cour et sur son lit. On lui envoie à la figure des poignées de poudre blanche, on l'injurie.

L'aspect du malade est celui d'un enfant craintif, il se cache sous les lits, sous l'escalier, sous les tables, craignant qu'on lui fasse du mal. Ces troubles sensoriels déterminent parfois des accès d'angoisse avec cris et agitation. X... manifeste alors des intentions de suicide et demande du poison pour en finir avec la vie. Le 22 janvier son gardien le trouve à moitié asphyxié, étranglé par sa cravate qu'il serre de toutes ses forces autour de son cou; on doit le surveiller étroitement.

4 *février* 1898. — Nous constatons à la visite une violente crise d'agitation, le malade s'est déshabillé complètement dans la cour et lorsque nous lui en demandons la cause, il nous répond « qu'il n'est pas libre de ses actions, qu'on le fait chanter, qu'on le fait parler malgré lui et qu'il préférerait être guillotiné ». En poussant plus loin l'examen, nous constatons la présence d'*hallucinations psycho-motrices* très nettes. Le malade se plaint d'avoir « du monde dans l'estomac », ce monde lui parle, le pousse à dire ce qu'il dit et l'a forcé ce matin à se mettre tout nu. Il est impossible de se rendre compte si ces hallucinations psycho-motrices s'accompagnent de mouvements de la langue, l'affaiblissement intellectuel étant trop considérable.

Pendant les mois de février et mars 1898, nous observons à maintes reprises la présence successive ou simultanée d'hallucinations auditives communes (sonneries de cloches); d'hallucinations auditives verbales (menaces entendues par l'oreille); d'hallucinations motrices verbales (voix intérieures dans l'estomac). Ces hallucinations psycho-motrices ont toujours un caractère pénible en rapport avec le délire mélancolique du malade, délire qu'elles contribuent à entretenir : on lui fait des reproches, on l'accuse de crimes épouvantables et le malheureux répète « qu'est-ce que j'ai fait, maie tuez-moi donc ». Eugène X... explique bien que les personnes qui sont dans son estomac ne lui parlent pas à l'oreille, mais qu'il les entend intérieurement, en dedans de lui-même. On ne saurait, du reste, trouver chez un paralytique général l'hallucination motrice verbale aussi bien décrite que chez le délirant chronique qui a conservé toute sa lucidité d'esprit.

Nous ne saurions dire si ces hallucinations motrices se sont reproduites pendant un temps prolongé car à partir du mois de mai 1898 l'intelligence d'Eugène X... baisse considérablement. Il

est apathique, inconscient, indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, le gardien doit le mener à table et le faire coucher. Il a de temps à autre des accès de violente agitation où les idées de persécution deviennent très actives sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe plus intenses. Le malade entend dire qu'on va lui couper le cou, le brûler, lui arracher les yeux, il prétend qu'on l'empoisonne, que ses voisins l'injurient et il se met à courir de toutes ses forces au risque de tomber. Parfois même il se précipite subitement sur un autre aliéné et essaie de le frapper.

En juillet 1898, l'affaiblissement intellectuel est de plus en plus considérable, l'inconscience absolue. Les troubles physiques sont les suivants : embarras de la parole très prononcé ; inégalité pupillaire > G D; brouillards devant les yeux ; sonneries dans l'oreille droite ; vertiges fréquents, fourmillements dans les deux mains, céphalée, gâtisme intermittent ; symptômes tabétiques stationnaires.

Vers la fin de l'année 1898, le malade, qui conserve les mêmes idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe, accuse des *idées hypochondriaques* : sa gorge est obstruée, son estomac est bouché, ses aliments ne passent pas. Il se cachectise, maigrit beaucoup et sa peau prend une teinte terreuse. L'alimentation est cependant bonne sans aucun trouble gastrique apparent, du reste X... a toujours bien digéré et n'a jamais mangé gloutonnement comme la plupart des paralytiques généraux.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est négative. Une injection de bleu de méthylène, faite d'après la méthode de MM. Achard et Castaigne, indique une perméabilité rénale considérablement diminuée.

L'année 1899 amène un état démentiel complet, le malade reste toute la journée inerte, endormi, « assoupi comme une marmotte » selon l'expression de son gardien, ne causant à personne, ne s'intéressant à rien, son aspect est à peu près celui d'un mélancolique en stupeur. Toutes les semaines environ, il présente des accès de mélancolie avec violente agitation. Des voix l'accusent « de manger l'aimant, d'assassiner les gens », on va le tuer, le faire rentrer en terre, lui arracher les yeux, lui couper les jambes. Pendant ces crises qui durent une ou deux heures, le malade est très agité et violent, essayant même quelquefois de sauter à la gorge de ses voisins et de les étrangler.

La déchéance physique suit la déchéance intellectuelle, l'amaigrissement augmente, les jambes enflent et le malade s'alite en juin 1899, pour des vomissements muqueux presque aqueux et une diarrhée persistante. L'appétit est nul ; pas de douleurs stomacales ; pas d'hématémèses ; la peau est absolument terreuse. La palpitation du ventre indique un foie très volumineux, de surface inégale, pas de tumeur épigastrique. Le 10 juillet, l'apparition d'une

phlegmatia alba dolens de la jambe droite, vient affirmer l'existence d'un *cancer*. La mort arrive le 24 juillet 1899.

Autopsie faite vingt-quatre heures après le décès. — *Crâne:* résistant, d'épaisseur normale ; la *dure-mère* est dépolie, non congestionnée, sans adhérences à la voûte cranienne.

Hémisphère gauche, 625 grammes ; pas de suffusions sanguines. Les méninges minces sur le lobe occipital, plus épaisses à la partie antérieure présentent des opalescences le long des scissures. Elles se décortiquent facilement sur la grande partie de l'hémisphère et adhèrent seulement sur le lobe frontal. Les ulcérations caractéristiques sont peu accentuées et se montrent *sur la deuxième et la troisième frontale ainsi que sur l'extrémité inférieure de la frontale ascendante*. Le ventricule latéral renferme quelques granulations épendymaires. *Hémisphère droit*, 635 grammes ; pas de suffusions sanguines. Les méninges assez épaisses, présentent des opalescences le long des scissures et se décortiquent facilement sur toute la surface de l'hémisphère. — Le ventricule latéral renferme quelques granulations épendymaires. A la coupe, le cerveau est pâle et ne présente aucune lésion en foyer dans les hémisphères ; pas d'athérome artérielle appréciable.

Cervelet, 150 grammes ; pâle, méninges minces non adhérentes ; pas de lésions en foyer. — *Protubérance*, 17 grammes. Le quatrième ventricule offre de nombreuses granulations sur le toit et sur le plancher. — *Moelle*. Dégénération grise des cordons postérieurs au niveau des bandelettes externes. L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

Poumons normaux, emphysème des bords. — *Cœur*, 258 grammes ; petit, flasque, fibres musculaires de coloration feuille morte ; surcharge graisseuse du ventricule droit, les orifices sont normaux. — *Aorte*, légèrement dépolie, non dilatée ; artères coronaires saines. — *Estomac :* Tumeur cancéreuse volumineuse siégeant au niveau de la petite courbure. Cette tumeur formée de masses grisâtres, ulcérées, respecte les orifices. — *Foie* énorme, 3.150 grammes. La surface inégale montre de nombreuses saillies, les unes arrondies, les autres déprimées et cupuliformes à leur centre. Ces marrons cancéreux sont isolés et de dimensions variables, leur délimitation est nette ; trois d'entre eux situés dans le bord postérieur du foie sont énormes, de la grosseur du poing et complètement ramollis. A la coupe, ces nodosités sphéroïdales sont d'une coloration blanc jaunâtre tranchant sur le fond rouge-brun du parenchyme. Le tissu hépatique respecté est congestionné et gras.

La capsule est adhérente et on constate des adhérences entre le foie, l'estomac et les organes voisins. — *Rate*, 180 grammes, normale. — *Rein droit*, 118 grammes ; petit, congestionné, la capsule épaisse s'enlève facilement, la surface de l'organe est rouge

et parsemée d'étoiles de Vereheyen. A la coupe, la substance corticale est réduite d'épaisseur et a subi la dégénérescence graisseuse. — *Rein gauche,* 158 grammes, gros, bosselé, congestionné, capsule épaisse; à la coupe, mêmes lésions de dégénérescence graisseuse très accentuée.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XLVIII. **Névrites hémiplégiques par intoxication oxy-carbonée. Valeur de l'électro-diagnostic**; par P. Lereboullet et F. Allard.

Les accidents nerveux qui surviennent à la suite de l'empoisonnement par la vapeur de charbon sont nombreux et variés.

Ce qui vient compliquer la difficulté de leur diagnostic, c'est qu'à côté des paralysies névritiques, à côté des paralysies hémiplégiques d'origine centrale, on peut encore en observer un autre groupe, où l'hystérie joue le principal rôle. Dans cette intoxication comme dans les autres (sulfure de carbone, plomb, mercure, etc.) l'hystérie peut venir, à la faveur de l'intoxication, provoquer divers accidents d'allure souvent complexe, et dont la vraie nature peut être difficile à reconnaître.

Or, dans ces cas où le diagnostic entre la névrite périphérique d'origine toxique et la paralysie hystérique reste hésitant, l'examen électrique peut trancher la difficulté.

C'est ainsi que dans l'intéressante observation rapportée par MM. Lereboullet et Allard, relative à un cas de névrite périphérique à forme hémiplégique, il résulta de l'examen électrique que l'hypothèse de monoplégie hystérique, cliniquement admise pour le membre supérieur, devait être formellement rejetée, et qu'à ce membre supérieur existait une névrite, à la fois motrice et sensitive, frappant en même temps toutes les branches terminales du plexus brachial. Au membre inférieur, la névrite était purement motrice et localisée, comme l'examen clinique avait permis de le constater, au nerf sciatique et particulièrement à la branche poplitée externe.

L'examen électrique peut avoir aussi une valeur pronostique par la constatation ou l'absence de la réaction de dégénérescence. (*Revue neurologique*, juillet 1899.) E. Blin.

XLIX. **Quatre observations de tremblement**; par le professeur Boinet.

Dans le premier cas, il s'agit d'un officier chez qui, après des attaques de choléra est survenue une atrophie du membre supérieur droit en même temps que se manifeste un tremblement comparable à celui de la sclérose en plaques. Il est difficile de savoir si cette atrophie du membre supérieur est due à la présence d'une plaque de sclérose sur la moelle ou à une névrite périphérique d'origine infectieuse.

Dans les trois cas suivants, le tremblement est d'origine hystérique ; à type de sclérose en plaques dans la deuxième observation, parkinsonnien dans les deux autres. (*Revue neurologique*, juin 1899.) E. B.

L. **A propos de la chorée variable de Brissaud. Trois observations de chorée**; par Couvelaire et Crouzon.

En 1896, M. Brissaud décrivait à côté de la chorée mineure et à côté de la chorée chronique progressive héréditaire un type nouveau de chorée qu'il appelait du nom de chorée variable des dégénérés. Ce nouveau type était caractérisé par la multiplicité, la variété des mouvements dans l'espace, par les rémissions et la variabilité dans le temps, enfin, par la présence des stigmates de dégénérescence chez les sujets atteints. Les trois observations publiées qui présentent toutes le même caractère de tendance à la chronicité et de variabilité des mouvements, forment, par leur groupement, trois degrés intermédiaires à la chorée de Sydenham et à la chorée variable des dégénérés. En effet, tandis que la première semble entrer dans le groupe de la chorée variable de Brissaud, tandis que la troisième est une forme de la chorée de Sydenham, la seconde est une forme de transition, une chorée chronique non progressive de Ziehen. (*Revue neurologique*, Juin 1899.) E. B.

LI. **Hypertrophie pseudo-acromégalique segmentaire de tout un membre supérieur, avec troubles syringomyéliques ayant la même topographie**; par A. Chauffard et V. Griffon.

L'augmentation des dimensions du bras droit est totale, depuis la racine jusqu'à l'extrémité. Alors que le poignet droit a 22 cent. 1/2 de circonférence, le gauche n'en a que 17 1/4 ; le bras droit a 33 centimètres de circonférence et le bras gauche 28 1/2 seulement. D'autre part, la force dynamométrique donne 32 du côté gauche et 24 seulement pour la main droite.

L'hypertrophie du bras droit paraît porter surtout sur le système osseux ; la peau a conservé son aspect normal.

En même temps, tout le long du membre supérieur droit, dans la région de l'épaule, dans la partie droite du cou et la joue droite, la sensibilité au contact se trouve diminuée, la sensibilité à la douleur, au froid et à la chaleur est abolie.

Cette observation est particulièrement intéressante : d'une part, par la coïncidence topographique exacte des troubles syringomyéliques et de l'hypertrophie ; en second lieu par ce fait que chez ce malade il n'y a pas eu seulement chiromégalie, mais bien hypertrophie segmentaire de tout le membre supérieur jusques et y compris la clavicule et l'omoplate : c'est la première fois que cela ait pu être constaté. (*Revue neurologique*, mai 1899.) E. B.

LII. Des fractures spontanées pendant les accès épileptiques ;
par le Dr Charon.

Si les fractures spontanées sont peu fréquentes, elles ne sont pas absolument rares chez les épileptiques et elles présentent quelques particularités qui permettent le plus souvent, sinon d'affirmer le diagnostic, au moins de le rendre très probable.

L'auteur a pu observer, chez des épileptiques, cinq cas de fractures spontanées dont trois pour le fémur et deux pour l'humérus. Ces cinq cas comportaient comme symptômes communs : siège de la fracture un peu au-dessous du tiers supérieur, direction de la fracture très oblique de haut en bas et de dehors en dedans, œdème de la région avec ecchymose très étendue occupant, pour la cuisse, toutes les régions postérieure et interne ; pour les bras, les régions antérieure et interne.

Au point de vue du diagnostic clinique, lorsque, chez un épileptique avéré ou individu présentant des signes d'un accès convulsif récent, on se trouvera en présence d'une fracture du fémur ou de l'humérus, on devra songer à la possibilité d'une fracture spontanée ; lorsqu'on constatera que le siège de cette fracture est aux environs de la partie médiane de l'os, que sa direction est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, que la cuisse ou l'avant-bras présente un œdème et une ecchymose considérables suivant particulièrement la direction des grands muscles fléchisseurs et adducteurs, qu'il n'existe aucune plaie ni contusion, indices d'un choc ou d'une chute pouvant produire une fracture directe ou indirecte, on pourra déclarer la fracture très probablement spontanée ; si les commémoratifs ou l'examen personnel permettent de considérer comme certain que, au moment de l'accident, il existait une immobilisation des extrémités supérieures des leviers osseux (bassin ou épaule) et que les parties inférieures desdits leviers (jambe, avant-bras) se trouvaient entravées dans leurs mouve-

ments de flexion et d'adduction, on pourra affirmer la spontanéité de la fracture.

Le diagnostic des fractures spontanées présente une grande importance au point de vue de la médecine légale. (*Annales médico-psychologiques*, août 1899.) E. B.

LIII. **Théorie cérébrale de la respiration de Cheyne-Stockes**; par M. Rabé. (*Presse médicale*, 13 mai 1899.)

A l'hypothèse, d'après laquelle la respiration de Cheyne-Stockes serait due à un trouble de l'activité fonctionnelle du bulbe, siège des centres moteurs de la respiration, tend à se substituer aujourd'hui une théorie qui attribue à ce phénomène une origine cérébrale. D'après cette théorie, qu'admettent de nombreux auteurs, en particulier M. le professeur Richet et son élève Pachon, la fréquence et le rythme de la respiration ne dépendent pas exclusivement de l'activité des centres bulbaires ; le cerveau exerce à l'état normal une influence régulatrice sur ces centres et la diminution ou la suppression de cette influence se manifeste par une respiration irrégulière, intermittente, par le rythme Cheyne-Stockes. Il est établi que, si ce mode respiratoire peut se produire au cours des affections les plus diverses, lésions méningo-encéphaliques (tumeurs, hémorrhagies, paralysie générale, méningites aiguës), grandes infections (fièvre typhoïde, variole, pneumonie), intoxication, soit endogènes (urémies), soit exogènes (chloral, morphine, oxyde de carbone); son apparition est toujours précédée, ou au moins accompagnée par les symptômes d'une inhibition cérébrale profonde, par les signes nettement accusés de la perte de l'influx nerveux encéphalique.

La théorie cérébrale de la respiration de Cheyne-Stockes se concilie fort bien avec l'hypothèse émise par MM. Stern et Pic, qui fait de ce phénomène l'un des éléments d'un syndrome périodique, caractérisé par l'évolution parallèle de ce mode respiratoire, et d'un ensemble de symptômes qui relèvent de diverses sphères de l'activité nerveuse (psychisme, motricité, sensibilité, vasomotricité); ces divers systèmes subissent de véritables éclipses rythmiques de leur excitabilité, et, presque toujours, les périodes d'excitabilité et de repos se succèdent, exactement synchrones aux stades de polypnée et de pause respiratoire. A. Fenayrou.

LIV. **Les plis cutanés formés par les adducteurs de la cuisse dans la paralysie infantile**, par J.-K.-A. Wertheim Salomonson. (*Neurolog. Centralblatt*, XVIII, 1899.)

Chez les jeunes enfants bien nourris, on trouve toujours à la face interne de la cuisse, à trois ou quatre centimètres au-dessous du périnée, un pli de la peau : c'est le pli des adducteurs. Chez les

enfants plus âgés et même chez l'adulte il devient une dépression légère à qui regarde les contours de la cuisse par devant. Cette fossette correspond anatomiquement à l'endroit où les adducteurs passent sous le couturier et le triceps crural, elle est en rapport avec le lieu d'entrecroisement du bord supérieur du couturier et des adducteurs. Nette chez les hommes musclés, elle l'est moins chez les femmes grasses. Elle est située chez l'adulte aux deux tiers ou aux trois quarts de la hauteur de la cuisse, à peine au milieu chez les nourrissons. La fossette de l'adulte provient bien du pli cutané des nourrissons car l'étude des enfants aux différents âges montre qu'il est d'autant plus bas qu'ils sont plus âgés. Si l'on constate des différences de hauteurs notables de ce pli chez les nourrissons et les enfants qui marchent, ces différences diminuent progressivement chez les enfants plus âgés. L'abaissement du pli cutané des adducteurs tient et à la modification de fonction des extenseurs et au développement de la cuisse.

Chez les enfants qui ne marchent point, les adducteurs et le psoas iliaque l'emportent physiologiquement sur le triceps crural, car ils reposent les genoux relevés. Le décubitus, les jambes allongées, ne se voit que longtemps après qu'ils ont commencé à marcher. L'extension suivant l'articulation des genoux est moins puissante chez les nourrissons que la flexion suivant l'articulation coxo-fémorale. A l'âge de quatre ans, et bien souvent avant, le triceps crural l'emporte sur les autres muscles. Les adducteurs des jeunes enfants sont plus actifs que ceux de l'enfant plus âgé, comparativement aux extenseurs de la jambe. Le développement de la cuisse donne plus tard aux adducteurs un point d'application moins favorable.

La paralysie infantile spinale, ou cérébrale, en portant atteinte aux adducteurs et aux extenseurs de la jambe, modifie la forme et la situation du pli cutané des adducteurs. Leur paralysie, dans la poliomyélite, se traduit par un pli cutané plus superficiel et plus bas que du côté sain ; il y a une différence de hauteur de un à trois centimètres. Dans la paralysie d'origine cérébrale, il s'abaisse de cinq à dix millimètres, et, parfois au-dessous, se forme un second pli moins creux, ce dernier surtout chez les enfants bien nourris. En tout cas, il existe un spasme considérable des adducteurs. Le second pli doit tenir à la place où le bord inférieur du couturier, en état de spasme, contourne le vaste interne, au niveau de la face interne de la cuisse. P. Keraval.

LV. Contribution à l'étiologie des névroses fonctionnelles (*hystérie et neurasthénie*) ; par E. Biernacki. — *Id.*, par R. Vigouroux. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Dans la neurasthénie grave on constate parfois que le sang,

quoique chimiquement et physiologiquement normal, met autant de temps que le sang défibriné à déposer et forme alors un plus gros dépôt que normalement. Il semble y avoir *oligoplasmie* par pauvreté de substances fibrinogènes. En réalité, le sang récemment tiré de la veine est très difficile à défibriner et on en extrait macroscopiquement très peu de fibrine ; la quantité, au lieu de 2 p. 1000, n'atteint que 1,7 p. 1000 (4 observations). Inversement chez une hystérique atteinte de mutisme et robuste, le sang contenait deux fois plusde fibrine qu'à l'état normal ; il en était de même chez un homme hystérique.

C'est pourquoi M. Biernacki a étudié méthodiquement la rapidité avec laquelle le sang dépose spontanément en deux couches : celle du plasma et celle du sédiment rouge (du sang non coagulé), dans le sang défibriné. Il en expose les allures normales et montre que dans cinquante cas *d'hystérie et de neurasthénie, la teneur en substances fibrinogènes, leur transformation et leur régénération dans le sang mort sont, comme le rapport de la quantité de fibrine à la quantité de substances fibrinogènes, constamment anormaux.*

Or que sont les substances fibrinogènes ? Ce sont des corps qui donnent au sang les propriétés du tissu vivant, régularisent sa capacité et son quantum d'oxygène ; la formation de la fibrine marche de pair avec la fixation de l'oxygène libre. On doit les tenir pour des matières albuminoïdes en voie d'oxydation. Si donc le dépôt spontané du sang indique des anomalies dans le quantum des substances fibrinogènes, c'est qu'il y a une *anomalie dans l'évolution des phénomènes* qui se rattachent à la régulation et au taux de l'oxygène, en un mot des phénomènes d'*oxydation.*

Chez certains neurasthéniques la coloration vive du sang veineux, rapprochée du nombre normal des hématies, de la teneur normale en eau et en hémoglobine et de la couleur du sang non coagulé presque semblable à celle du sang artériel défibriné, indique qu'il y a excès d'oxyhémoglobine. Puis, ce sont des anomalies de toute nature quant à l'oxygène libre dans le sang, quant à l'hypercoagulabilité du sang, quant à la rapidité ou à la lenteur de la sédimentation de ce liquide, rappelant des troubles semblables dans les maladies fébriles, les affections des reins, les maladies du cœur, ou autres affections organiques, mais en différant par ce fait qu'il n'y a pas *généralement hydrémie dans les névroses fonctionnelles qui nous occupent.*

Rapprochant et différenciant ces signes des troubles d'oxydation constatés dans l'hystérie et la neurasthénie, de ceux, du même genre ou d'une nuance différente, de la chlorose, de la maladie de Basedow, de l'arthritisme, de l'uricémie, des néphrites ; l'auteur en conclut que l'hystérie et la neurasthénie sont des complexus symptomatiques, secondaires, consécutifs à l'action des produits d'un trouble d'oxydation primitif sur le système nerveux. Elles

tiennent, comme le diabète sucré, la goutte, l'adiposité pathologique, à des processus d'oxydation anormaux de l'organisme. Il y a un trouble d'oxydation spécifique de l'uricémie, du diabète, etc., il existe un trouble *d'oxydation spécifique* de l'hystérie. L'hystérie qui se produit dans la chlorose et la goutte existe parce qu'il se produit simultanément un trouble d'oxydation hystérogène ; l'hydrémie de la diathèse urique ne suffisant point.

Malheureusement on ne peut discuter ni les rapports opposés de l'hystérie et de la neurasthénie, ni le point de départ de ces troubles d'oxydation névropathiques. Il doit y avoir vice congénital (comme le dit Charcot) de l'appareil d'oxydation, qui reste en équilibre dans les conditions habituelles, mais qui se déséquilibre très facilement, contrairement à ce qui se passe chez un individu normal. Les émotions morales précipitent alors les accidents de la même manière qu'elles engendrent un accès de goutte, qu'elles aggravent le diabète sucré. L'auto-suggestion vient de ce que les produits de l'oxydation anormale hystéroneurasthénique modifient la suggestibilité.

Il ne faut pas, au surplus, oublier les grands symptômes matériels des névroses fonctionnelles ; tels : l'hyperacidité, et l'anacidité du suc gastrique, la prostatorrhée, les sueurs et la fièvre. Tout cela devient facilement intelligible par *l'action de toxines produites par une oxydation anormale*, qui, en même temps qu'elles *agissent sur le système nerveux central, exercent une influence locale*. L'évolution ressemble à celle de la goutte ; la guérison, souvent même l'autoguérison, s'opère par équilibre temporaire des troubles spéciaux d'oxydation.

R. Vigouroux rappelle, à cette occasion, ce qu'il a dit : 1° Dans le traité élémentaire de Manqua (Paris, 3e édition, 1898), au chapitre d'Electrothérapie écrit par lui au milieu de 1897 (t. II, p. 914, 915, 916) ; 2° dans la neurasthénie de Levillain (appendice thérapeutique, Paris, 1891) ; 3° dans neurasthénie et arthritisme (Vigouroux. Paris, 1893, p. 2, 23, 39, 100, 109, 111).

P. KERAVAL.

LVI. De la paralysie phosphorée; par S.-E. HENSCHEN. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Observation purement clinique. Homme de soixante-dix ans ayant été l'objet de plusieurs tentatives d'empoisonnement de la part d'une servante. Vomissements de sang, affaiblissement nécessitant l'alitement pendant des mois. Dans l'espace d'un mois il a éprouvé des douleurs podaliques qui ont été suivies de faiblesse et d'une grande difficulté à marcher, mais les jambes, au lit, conservaient leur mobilité. Puis est apparue de la paralysie des doigts. Le patient ne put se lever que neuf mois plus tard. Un an après

on trouvait encore de la faiblesse des mains et des pieds avec diminution de la sensibilité tactile. Il y avait sensibilité à la douleur des extrémités jusqu'au-dessus du genou et du coude, et sensibilité musculaire. Les mains étaient bouffies, tandis que leurs muscles étaient un peu atrophiés. Persistance des réflexes des muscles des bras, mais disparition des réflexes patellaires. Rien du côté de la vessie et du rectum. Difficulté de marcher : ataxie prononcée. Aucun trouble psychique. L'auteur conclut : Il y a soit névrite, soit altération de la moelle, rien de cérébral. Ce fait offre une grande ressemblance avec l'intoxication arsénicale (douleur et ataxie). En faveur d'une névrite phosphorée, nous trouvons : grande sensibilité à la douleur, par compression des muscles; absence de réflexes patellaires ; atteinte des nerfs sensitifs et moteurs; localisation des accidents surtout aux parties extrêmes des membres. En faveur d'une myélite, l'ataxie, inexplicable par l'anesthésie seule ; il est probable que de même que dans les lésions de l'intoxication arsénicale (Henschen, Elitzky et Rybalkin) il faut craindre une atrophie des grandes cellules motrices, un kyste hémorragique, la dégénérescence des faisceaux de Goll.

P. Keraval.

LVII. **Observation de névrite optique avec cécité bilatérale, de quatre semaines, terminée par la complète guérison** ; par H. Higier. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

En sous-titre : Contribution à la clinique des névrites optiques pures et concomitantes.

La plus fréquente des névrites optiques communes est la névrite optique rétrobulbaire. Mais la névrite aiguë rétrobulbaire est proportionnellement rare ; et surtout la névrite aiguë bilatérale. En voici une observation caractérisée par la perte foudroyante de la vue, par l'apparition d'une papillite dès le premier jour, par le succès éclatant des injections sous-cutanées de pilocarpine, par le retour complet de l'acuité visuelle malgré la persistance, durant quatre semaines, d'une cécité bilatérale. Malade suivi pendant un an.

Il s'agit d'un homme de trente-huit ans, qui, à la suite d'une émotion morale extrême (son fils est condamné à la déportation) éprouve, le 5 juin 1896, de la céphalalgie et du scintillement devant l'œil droit. La douleur s'aggrave et des nuages obscurcissent les deux yeux. Trois jours plus tard il est presque totalement aveugle. Aucun trouble mental. Paresthésies diffuses dans l'occiput et la tempe droite. Le mouvement des globes oculaires produit une douleur intense notamment dans la partie médiane de la paroi orbitaire ; ils sont sensibles à la pression. Ni exophthalmie, ni strabisme. Paupières, conjonctives, cornées, et iris normaux. Milieux

de l'œil transparents. Pupilles égales, mais fortement dilatées, ne réagissant pas à la lumière, réagissant assez bien à la convergence. Sens lumineux et acuité visuelle tout à fait éteints à l'œil droit, faibles à l'œil gauche. Vision périphérique encore conservée en haut et en dedans. Pas trace du sens des couleurs. Névrite optique bilatérale, égale des deux côtés, rappelant la papille étranglée des tumeurs cérébrales. Asymétrie faciale ; déviation de la luette à gauche ; plaques d'analgésie disséminées ; exagération des réflexes patellaires. Pas d'accidents cérébraux généraux. Rien aux organes internes. Apyrexie. Rien au pouls. Rate saine. Urines normales. Appétit et sommeil bons. Aucune intoxication chronique ; ni syphilis, ni tuberculose. Aucun traumatisme. Famille névropathique ; les deux sœurs sont hystériques. Repos dans une chambre noire avec compresses chaudes sur les yeux fermés ; quelques purgatifs, alimentation liquide, salicylate de soude et KI. Les phénomènes s'aggravent. On essaie des frictions mercurielles qui presque immédiatement déterminent de la stomatite. C'est alors qu'on a recours à l'injection hypodermique d'une seringue par jour, d'une solution de pilocarpine 0,20 pour 10. Après la sixième injection, le vingt-quatrième jour de la maladie, le malade voit la bougie qui brûle sur la table et distingue ; les pupilles réagissent lentement mais nettement. A la suite de la quinzième et dernière injection, il peut se promener seul dans la chambre, reconnaît très franchement les mouvements de la main de loin, déchiffre quelques grosses lettres, compte les doigts à 50 centimètres de distance, distingue le blanc des couleurs vives ; la tuméfaction du centre de la papille et de ses limites a complètement disparu. Sept semaines après le début de l'affection, la vision périphérique pour le blanc et les couleurs est seule tout à fait normale, mais il n'y a guère que le rouge que l'œil gauche perçoive bien distinctement. Six mois après le commencement de la maladie, hypermétropie des deux yeux (1 2 D). acuité normale à gauche. acuité d'un tiers à droite, réaction des pupilles à la lumière et à l'accommodation, champ visuel tout à fait normal ; mais achromatopsie ; fond des deux yeux normal mais quelques éblouissements. On prescrit des pilules de strychnine et, en juin 1897, acuité normale et parfaite des deux yeux ; plus du tout d'achromatopsie, champ visuel complet, rien à la macula, papilles un peu pâles dans leurs moitiés temporales, au pourtour légèrement pigmentées ; le port de lunettes de conserve foncées supprime les éblouissements.

Après examen des éléments du diagnostic relatifs à l'hystérie aiguë, aux embolies, thromboses, hémorragies, à l'urémie, aux lésions centrales du cerveau (ou polioencéphalite) l'auteur conclut à l'existence d'une névrite rétrobulbaire, ou plutôt intra-oculaire (papillite aiguë), d'origine vasomotrice par émotion morale intense.

Suit, à titre de comparaison, la nomenclature et le résumé séméiologique des névrites optiques aiguës, à amaurose rapide : — 1° La névrite optique rétrobulbaire périphérique ; — 2° La névrite optique à récidives ; — 3° La névrite optique héréditaire et familiale ; — 4° La névrite optique au cours de la polynévrite ; — 5° La névrite optique dans le tabes dorsal ; — 6° La névrite optique de l'encéphatite aiguë ; — 7° La névrite optique dans la myélite aiguë ou subaiguë ; — 8° La névrite optique dans la sclérose en plaques ; — 9° La névrite optique dans la maladie de Guerlier (vertige paralysant) et le koubisaguira japonais. P. KERAVAL.

LVIII. **Des contractions de l'estomac, de l'intestin et de la vessie pendant l'attaque d'épilepsie** ; par W. OSSIPOW. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Expériences sur des chiens. Excitation au moyen du courant induit de la zone motrice de l'écorce, ou bien injections hypodermiques d'essence d'absinthe cultivée. Enregistrement des phénomènes : — 1° Pendant l'attaque, il se produit des contractions stomacales, intestinales et vésicales qui, d'ordinaire, persistent pendant un long espace de temps après. — 2° Celles de l'estomac se montrent dans environ 50 p. 100 des attaques ; elles se limitent principalement au cardia et au pylore. — 3° Les contractions de l'intestin grêle, du gros intestin et de la vessie sont un accident constant de l'attaque d'épilepsie : *a*) celles du jéjunum commencent à la période clonique de l'attaque, un peu après la cessation des convulsions des muscles striés ; *b*) celles de l'intestin grêle débutent à peu près au milieu de la période clonique ; *c*) celles du gros intestin apparaissent soit pendant la période tonique, soit pendant la période clonique ; elles se montrent assez souvent au début de la période clonique ; *d*) celles de la vessie paraissent d'ordinaire au début de la période tonique. — 4° Les contractions intestinales et vésicales sont très fortes ; elles ont le caractère d'une longue contraction spasmodique, surtout en ce qui concerne le gros intestin et la vessie. — 5° Entre deux fortes contractions et aussi après la cessation de toutes les contractions produites par l'attaque d'épilepsie, a lieu, dans la majorité des cas, une paralysie plus ou moins longue (faible) des intestins et de la vessie.

Les conclusions suivantes se rattachent à des expériences consécutives à l'ablation de la zone motrice de l'écorce pendant l'attaque d'épilepsie ; à la section transverse du tronc du cerveau à diverses hauteurs de cette souche, et des nerfs périphériques (nerf vague, grand splanchnique, phrénique) avec ou sans l'intervention du curare.

6° Les phénomènes relatifs à l'estomac, aux intestins, à la vessie, observés dans le cours de l'attaque produite par l'influence du

courant faradique, dépendent non de l'excitation locale du centre cortical de l'estomac, de l'intestin, de la vessie, mais de l'attaque elle-même qui apparaît comme résultant d'une excitation d'ensemble de la zone motrice de l'écorce cérébrale et des centres qui y sont placés ; 7° L'asphyxie, qui se montre continuellement pendant l'attaque d'épilepsie, est une cause adjuvante des contractions stomacales, intestinales, vésicales ; 8° L'estomac, comprimé par le diaphragme et l'abdomen, de même que l'intestin et la vessie se contracte pendant l'attaque d'épilepsie ; 9° L'émission de l'urine et des matières fécales, si fréquente pendant l'attaque, résulte à la fois de ces contractions et de la pression exercée sur l'intestin et la vessie par la compression abdominale ; 10° Il y a analogie entre les convulsions épileptiques des muscles striés et les contractions stomacales, intestinales et vésicales de l'attaque ; les unes et les autres dépendent de la zone motrice de l'écorce du cerveau. P. Keraval.

LIX. **Hystérie chez un chat et chez un serin**; par H. Higier. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Petit chat de neuf mois bien portant, gai, aimable avec les enfants, très intelligent. Un beau jour il est assailli par le chien du concierge qui le mord profondément dans le dos. Il reste à terre comme paralysé et pousse pendant quelques minutes des miaulements plaintifs. Cinq à six semaines après on le voit paralysé du train de derrière; paraplégie avec anesthésie totale des pattes postérieures et du tiers postérieur du tronc, sur toutes leurs faces : analgésie presque absolue, insensibilité thermique. La moitié antérieure du corps réagit bien. La queue est elle-même paralysée. Pas de troubles de la nutrition, pas d'incontinence vésicale ou rectale. On dirait d'une myélite transverse sauf les troubles recto-vésicaux. Un beau matin la servante, pour se rendre compte de ce qui allait advenir, jette la petite bête du rez-de-chaussée dans la rue; comme tous les chats, elle se redresse sur les pattes et se met à marcher, elle est instantanément guérie. Ce n'était qu'une névrose traumatique. Les commémoratifs révèlent que sa mère pendant qu'elle était pleine de lui, avait eu une sorte de chorée (chorea gravidorum ?).

C'est encore une émotion qui a agi sur l'oiseau. Un chat qui s'était introduit dans la pièce jette bas la cage. On arrive attiré par le bruit et l'on trouve, avant même que le chat ait pu agir, l'oiseau étendu sur le plancher raide, immobile, comme mort. Quelques gouttes d'eau froide le rappellent à la vie. Il récupère son activité mais a perdu son talent de chanteur émérite : le voilà aphone pendant six semaines et demie ; à cette époque il recouvre ses capacités. Diagnostic : névrose hystérique par terreur : perte de

connaissance, contracture tonique généralisée, mutisme par paralysie des adducteurs des cordes vocales. P. KERAVAL.

LX. **Paralysie radiale consécutive à des attaques d'épilepsie** ; par ADLER. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII., 1898.)

Chez deux épileptiques, paralysies post-paroxystiques, paralysies totales du radial droit d'origine périphérique. On pouvait penser à une paralysie traumatique pendant un accès ou par compression pendant le sommeil. Mais Gowers a signalé les paralysies par contraction vive du triceps, pendant une extension soudaine et violente du bras, ayant détermine une lésion du radial (Oppenheim). Gerulanus indique bien (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, XLVII, cah. 1) que le radial, dans son tiers moyen, est appliqué sur le périoste dans une gouttière du tissu conjonctif, qui lui permet de se déplacer latéralement de plus de un centimètre ; il y est recouvert par le ventre musculaire du vaste externe du triceps. A chaque contraction de ce muscle, le radial est donc comprimé sur l'angle postéro-externe de l'os, mais il se déplace vers l'origine tendineuse du muscle qui, en se tendant, le protège. Mais, que le nerf soit fixé par les muscles de l'avant-bras et que brusquement le triceps se contracte, le radial peut être comprimé entre l'os et ce muscle. Et bien, les contractions violentes et soudaines des muscles pendant une attaque convulsive paraissent aptes à déterminer la compression du nerf entre le muscle et l'os et à contusionner le nerf.

Pourquoi donc la paralysie du radial est-elle néanmoins rare à la suite des attaques d'épilepsie? C'est que, probablement, pour qu'elle ait lieu, il faut que le système nerveux ait perdu sa résistance, comme chez le buveur, et que les convulsions musculaires se succèdent dans le bras. Il faut, par exemple, que soudain se produise une contraction du triceps pendant que les muscles de l'avant-bras sont encore contractés et que le radial est fixé.

P. KERAVAL.

LXI. **Un cas de monoplégie spinale de la jambe droite**; par J. WEIL. (*Neurol. Centralbl.*, XVII, 1898.)

La soudaine apparition d'une paralysie flasque de la jambe droite, succédant à des douleurs instantanément disparues, l'absence de troubles de la sensibilité, sauf au courant faradique qui n'est plus perçu, l'absence de troubles vésicaux, rectaux, sexuels ; enfin la continuité de cet état, depuis dix-huit mois, tel est le résumé du complexus symptomatique. Il y faut ajouter une atrophie progressive de tous les muscles insensibles au courant faradique ; c'est pourquoi l'auteur la rattache, de même que l'insensibilité

farado-cutanée et farado-musculaire, à la paralysie; pas de contraction sous l'action du courant, pas de douleurs non plus aux forts courants faradiques. La paralysie comprend les muscles innervés par les plexus lombaires et sacrés à partir de la troisième racine lombaire jusqu'à la troisième racine sacrée ; il y a réaction dégénérative. Enfin on constate une arthropathie du genou droit par excitation mécanique en rapport avec le lancement de la jambe droite.

Diagnostic. — L'absence de fièvre exclut la poliomyélite antérieure aiguë des adultes. L'examen de la région anale et de la colonne vertébrale élimine l'idée d'une tumeur. Une névrite ne saurait se comprendre à raison de l'atteinte de deux plexus; de plus, l'évolution ne la confirme point; intégrité de la sensibilité, absence de paresthésies et de troubles trophiques correspondants.

Il ne reste plus qu'à croire à une *apoplexie spinale;* il doit y avoir eu (le malade est artério-scléreux) une hémorragie des cornes antérieures qui a fusé dans toute la région comprise entre la troisième lombaire et la troisième sacrée. Cet accident, rare, expliquerait le début subit, l'atrophie et la réaction dégénérative. Il s'agit, en somme, d'un alcoolique qui s'est trouvé brusquement paralysé pendant que, pesamment chargé, il montait un escalier.

P. KERAVAL.

LXII. **De l'encéphalite hémorragique**; par DEITERS. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Après un examen assez net de l'encéphalite aiguë non suppurée, indépendante des foyers de ramollissement par oblitérations vasculaires (Wernicke, 1881 ; Friedmann, 1889 ; Struempell, 1891), l'auteur détaille une observation d'*encéphalite hémorragique consécutive à une thrombose préalable des veines*, sans fièvre. Du moins, est-ce son avis.

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, atteinte depuis plusieurs années de folie systématisée, originaire de la ménopause, provoquée et entretenue par des hallucinations vives; extrêmement excitée, fort défiante, elle se croit empoisonnée, mange difficilement, tandis qu'à d'autres moments elle est tout à fait sociable. A la fin juin elle est plus excitable que jamais et en même temps apathique, muette, immobile, se nourrit extrêmement mal et s'amaigrit. Le 6 juillet elle se met au lit, devient tout à fait inaccessible et renfermée ; ratatinée sur elle-même, les extrémités froides, la tête un peu rouge, maussade, elle ne se laisse point examiner. Elle s'engourdit peu à peu, le soir à 6 heures et demie elle est prise de convulsions de la moitié gauche du corps comprenant le bras, la jambe, la face ; la tête est tournée à gauche ainsi que les globes oculaires. Myosis punctiforme de la pupille

gauche; mydriase au maximum de la pupille droite; conservation cependant de la réaction à la lumière. A 8 heures convulsions dans le bras et la face du côté droit, cœur extrêmement accéléré, pouls tendu, pas d'hyperthermie. Toute la nuit, sauf intervalles, la malade est agitée de convulsions ; elle ne reprend pas connaissance. Le lendemain matin, elle est moribonde, le pouls, incomptable, est filiforme, la respiration, ronflante, prend le type Cheyne-Stokes. Mort vers dix heures.

L'*autopsie* révèle les altérations dont il a été question plus haut et une néphrite interstitielle. De nombreuses hémorrhagies cérébrales, capillaires, comme celles que Friedmann a produites dans ses expériences, ont provoqué une inflammation aseptique, mécanique du tissu nerveux, çà et là. A côté de ces altérations et de thromboses récentes de ces petits vaisseaux, on constate des thromboses veineuses de la pie-mère, anciennes. Il est à penser que celles-ci ont eu pour origine l'affection rénale commençante qui, se greffant sur un mauvais état général, a altéré le sang, en a augmenté la coagulabilité, et provoqué la dégénérescence graisseuse des cellules endothéliales des veines. De là les thromboses, les foyers consécutifs, les phénomènes d'excitation, et la mort rapide produite par les oblitérations de plus en plus complètes.

P. Keraval.

LXIII. **Observation de surdité verbale après fracture de la base**; par M. Bloch et M. Bielschowsky. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Un cocher de quarante ans tombe de son siège sur le sol et donne sur le pavé du côté gauche du crâne. Il demeure sans connaissance, et perd du sang par le nez, la bouche, l'oreille. Trois quarts d'heure plus tard il revient à lui, vomit, s'en retourne à pied chez lui, dîne convenablement, lit le journal, cause et dort tranquille. Le lendemain il semble entendre difficilement, et cela, de plus en plus, les deux jours suivants, parle moins spontanément, tronque parfois les mots ou les dénature. Visage rouge; apyrexie, artériosclérose périphérique ; pouls ralenti (54 à 60), régulier, fort et tendu. Rien autre si ce n'est rupture horizontale des deux tympans. L'ouïe est bonne mais le malade ne comprend pas les questions les plus simples ; il ne répond pas ou répond quelque chose qui n'a pas de sens. Spontanément il parle très peu mais parle bien, ou présente de la paraphasie verbale et littérale. La fracture de la base est probable. Les deux autres jours, la parole spontanée a disparu, ou bien il existe une paraphasie inintelligible. Mais la connaissance est entière, il semble souffrir de la tête, car il se saisit souvent le front. Marche lente, mais progressive, le pouls se ralentit. On croit à un hématome sous-dure-mérien au niveau du lobe temporal gauche et l'on

songe à une opération, quand, pendant la nuit du quatrième jour, il se produit une attaque d'épilepsie corticale; brusque rotation de la tête à gauche, avec convulsions cloniques violentes des extrémités et de la face du côté droit, perte de connaissance; stertor. Trois attaques de quelques minutes entre chacune desquelles le malade revient à lui. Tout à coup une quatrième un peu plus longue emporte le patient. *Autopsie:* double fracture mastoïdienne.

Au niveau du pôle du lobe temporal gauche, la première temporale est transformée en une masse noire, molle, homogène, du volume d'une cerise : cette bouillie bien limitée sur le territoire de cette circonvolution, s'en va à deux centimètres en arrière, croise obliquement d'avant en arrière la circonvolution en question, s'enfonce dans sa substance blanche en se rapprochant de la base, pénètre obliquement de haut en bas la seconde temporale, en pénètre aussi la substance blanche, et se termine à la limite de la substance blanche et de l'écorce de la troisième temporale (figure). Au microscope on constate une destruction hémorrhagique complète de la pointe antérieure du lobe temporal gauche; cette destruction se poursuit en bas sur une étendue de trois centimètres. La partie moyenne et postérieure des première et deuxième temporales n'est point atteinte (figure).

Il y a donc eu une cécité verbale (aphasie sensorielle) simple, sans paralysie, malgré l'extrême étendue du traumatisme. Les symptômes ont marché progressivement, mais après un intervalle de rétablissement apparent. Et cependant les lésions graves des os avaient déchiré quelques branches de la sylvienne; il y avait eu notamment une petite hémorrhagie de la pointe antérieure du lobe temporale. L'hémorrhagie, dans la substance blanche des première et deuxième temporales, ressemblait plutôt à un infarctus; là il y avait très probablement eu hémorrhagie secondaire par thrombose des vaisseaux originellement lésés.

La lésion des segments antérieurs des première et deuxième temporales suffit donc pour produire la cécité verbale.

P. Keraval.

LXIV. **Deux cas de tumeur cérébrale avec diagnostic précis de la localisation**; par L. Bruns. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Observation I. — *Sarcome à cellules rondes dans le lobe frontal gauche.*

Il s'agit d'une femme de quarante ans. L'hébétude indique déjà la présomption d'une tumeur. L'hémiplégie droite, variable comme l'hébétude, rapprochée d'une paraphasie dénotant une aphasie motrice, et de la sensibilité à la percussion du frontal gauche, implique l'atteinte de l'hémisphère gauche. L'absence de

troubles sensitivo-sensoriels dénonce la moitié antérieure de l'hémisphère gauche.

Où siège plus exactement cette tumeur frontale ?

Pres des ascendantes ? Non pas, car il n'y a pas de convulsion, car l'hémiplégie droite varie en étendue et en intensité, parallèlement au degré de l'obtusion intellectuelle (ce n'est qu'une affaire de pression). Occupe-t-elle les parties antérieures du lobe temporal, et, par suite, exerce-t-elle une pression sur la troisième frontale (aphasie motrice) et sur les ascendantes ? Ce serait possible, car l'hémiplégie droite est mobile, la jambe est très peu atteinte ; il existe une sensibilité circonscrite à la percussion de la région temporale gauche.

Bientôt apparaît une papille étranglée, à gauche, puis à droite, bientôt apparaissent des vomissements, de l'amblyopie gauche, des symptômes associés du côté des nerfs craniens. C'est donc une tumeur du lobe frontal gauche se développant vers la base où elle comprime les nerfs qui entre le lobe frontal et la base se dirigent dans la cavité oculaire.

Autopsie. — La tumeur située sous le milieu de l'écorce du lobe frontal paraît intéresser la substance blanche du lobule orbitaire, la partie orbitaire de la troisième frontale, le corps strié, les parties limitrophes du centre ovale. Elle n'a pas touché aux parties supérieures et supéro-externes du lobe frontal. Elle s'avance à 2 ou 3 centimètres en arrière du pôle frontal, s'amincit promptement en arrière, et, dans la partie postérieure du lobe frontal, n'atteint que les éléments sous-jacents au plancher du ventricule latéral; il existe un ramollissement dont le pourtour seul atteint la zone des ganglions centraux et la capsule interne. Intégrité des ascendantes, et de leur substance blanche, excepté tout près des parties inférieures de ces circonvolutions. La tumeur s'est principalement développée en bas et en dehors; elle a fortement comprimé les parties orbitaires du lobe frontal en bas, ainsi que les nerfs et vaisseaux sous-jacents. Intégrité de la substance grise.

Observation II. — *Fongus de la dure-mère avec destruction du lobule pariétal supérieur gauche.*

Ici les troubles sensitifs du côté droit (hémi-anesthésie du tact de la douleur, du sens du relief, de la notion de position), l'hémianopsie du même côté, et l'aphasie sensorielle indiquent l'atteinte de la partie postérieure de l'hémisphère gauche. S'agit-il du lobe pariétal, du lobe occipital, du lobe temporal ?

Le caractère variable et peu intense de la cécité verbale exclut les parties postérieures du lobe temporal. Ce n'est là qu'un symptôme de voisinage.

Le lobe pariétal gauche serait plutôt atteint à cause des phénomènes parétiques et de l'exagération des réflexes tendineux à

droite ; à cause de l'existence d'une blépharoptose droite, c'est-à-dire croisée par rapport à la tumeur (Landouzy) ; à cause des symptômes permanents tels que les troubles de la sensibilité, l'hémianopsie, la parésie légère du côté droit, et l'aphasie sensorielle. On arrive ainsi à penser que la tumeur siège au milieu de l'ensemble des territoires en rapport avec ces symptômes, c'est-à-dire dans le lobe pariétal gauche, et qu'elle produit en agissant par voisinage : en arrière, l'hémianopsie droite ; en avant, l'hémiparésie droite ; en dehors, l'aphasie sensorielle.

Quel point du lobe pariétal gauche occupe la tumeur ? L'absence d'alexie proprement dite indique que le pli courbe est peu lésé, et que, par suite, c'est le lobule pariétal supérieur qui est le plus pris. L'absence de céphalalgie et l'absence de sensibilité à la percussion sont en faveur d'une localisation dans la substance blanche du lobule pariétal supérieur.

Les troubles du sens musculaire et de la perception du relief, suivis d'hémi-analgésie du même côté (droit), rapprochés de l'hémianopsie droite, engagent à penser qu'il y a eu aussi lésion de la partie postérieure de la capsule interne et des irradiations optiques adjacentes ou du corps genouillé externe.

L'autopsie met à nu un fongus, originaire de la dure-mère, à la face interne de laquelle il adhère par un pédicule, qui, en végétant, a profondément comprimé presque tout le lobule pariétal supérieur gauche, a atrophié la pie-mère et la plus grande partie de l'écorce et de la substance blanche correspondante, a déplacé les parties voisines surtout en arrière et en dehors, a déterminé de l'œdème de toute la moitié postérieure de l'hémisphère gauche. Il a aussi traversé de dedans en dehors la dure-mère, entre le tiers moyen et le tiers postérieur de sa surface, et a alors usé le pariétal gauche près de la ligne médiane en avant de la suture lambdoïde ; cette végétation-là serait postérieure à l'autre.

P. Keraval.

LXV. **Sur une forme psychopathique particulière de rétention d'urine**; par W. de Bechterew. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

La vessie et l'urèthre étant intacts, la miction est difficile, voire impossible quand le sujet n'est pas seul. Efforts multiples impuissants. Il suffit que le patient ne se croie pas observé, ou qu'il arrive à détourner son attention ailleurs pour qu'il évacue sa vessie bien et complètement. C'est l'émotion qui suspend ou arrête l'évacuation commencée. Aucun trouble de ce genre ne se produit en présence des proches vis-à-vis desquels le sentiment de la pudeur est moins vif. Il n'existe aucune perturbation objective du système nerveux, mais on constate une tare névropathique chez les ascendants. L'influence de la masturbation est probable. M. Ray-

mond a signalé des observations dans lesquelles le malade ne pouvait pisser qu'à la sonde. C'est une dysurie émotive propre à la jeunesse et à la puberté.

Mécanisme. — Pour uriner (James, Janet, Raymond) on contracte les parois vésicales et on détend le sphincter. Pour que le sphincter demeure libre, il faut que l'attention du pisseur ne se porte pas sur lui ; il faut qu'il oublie le muscle obturateur de la portion membraneuse, surtout à la fin, pour que les dernières gouttes d'urine soient évacuées d'un coup de piston. Accorde-t-on trop d'attention à cette fonction ou à celle du coït on ne fait rien qui vaille. Toute préoccupation, surtout chez les prédisposés, entraîne une contraction du sphincter. De là, épreinte, lourdeur, douleur sourde dans la région périnéale (Guyon) et, finalement, dysurie, anurie.

Traitement. — Détourner l'attention de ces organes, faire uriner moins fréquemment pour que l'acte soit plus complet, cocaïniser l'urèthre afin d'en diminuer la sensibilité. Il est des cas dans lesquels rien ne fait, l'anurique devient hypochondriaque, éprouve des sensations pénibles dans le périnée, ne pense qu'à sa vessie, et souvent ne peut pisser qu'à la sonde (cas de Raymond avec catarrhe vésical). Mais généralement KBr et les bains améliorent l'émotivité, et, avec le temps, la maladie disparait (de Bechterew).

M. de Bechterew croit à l'existence d'une hyperexcitabilité sphinctérienne avec dissociation fonctionnelle du sphincter et des fibres vésicales désignées par les Allemands sous le nom de *detrusor urinæ* aussi irritées (d'où les épreintes urinaires). Il rappelle que le centre du detrusor est, chez le chien, le bord médian du gyrus sigmoïde et en particulier son segment antérieur, tandis que celui du sphincter est la partie postérieure de la même circonvolution, tout près du centre du mouvement de la queue. Le sphincter ne se détend pas quand le detrusor est déjà contracté. L'attention est-elle détournée le sphincter se relâche, l'urèthre est laissée libre, la vessie s'évacue. P. Keraval.

LXVI. Méningite ventriculaire chronique des adultes. Mort subite ; par Bresler. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Il s'agit d'un individu présentant des crises d'épilepsie et de l'alcoolisme. Des accès vertigineux succèdent aux accès convulsifs et les remplacent. Plus tard on constate les signes d'une démence paralytique avec obnubilation épileptoïde. Le diagnostic hésite entre une épilepsie traumatique, une paralysie ou une pseudo-paralysie générale alcoolique, et une tumeur cérébrale. L'*autopsie* montre simplement une hydrocéphalie interne extrême avec granulations de l'épendyme, léger trouble de la pie-mère à la base. L'auteur pense que l'alcoolisme chronique a provoqué les lésions

méningées et les granulations épendymaires. L'alcool, en engendrant une hyperplasie du revêtement des plexus choroïdes et de l'épithélium épendymaire, a fait filtrer une telle quantité de sérosité qu'elle n'a pu s'écouler et a gêné l'écoulement du liquide encéphalique. La pression intraventriculaire a comprimé la substance cérébrale contre les parois du crâne, barré les veines et les granulations de Pacchioni. Il y a donc eu accidents de pression cérébrale et à la fois symptômes convulsifs dus à l'influence directe de l'alcool.

Il est bon de remarquer qu'il ne s'est pas produit de papille étranglée, qu'il ne s'est pas produit d'œdème du cerveau et qu'on constate des traces d'une néphrite ancienne actuellement complètement guérie. P. Keraval.

LXVII. **Contribution à la critique de l'emploi de la notion traumatique dans l'étiologie des maladies nerveuses**; par R. Gauppe. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI. N. F., IX, 1898.)

On a abusé du qualificatif traumatique dans la question de la genèse des maladies nerveuses. Les inconvénients en sont évidents, notamment au point de vue de la loi sur les accidents. M. Francke vient par exemple de publier une observation de poliomyélite antérieure aiguë consécutive à une chute sur le sacrum *in Monatsschrift f. Unfallheilkunde*, 1898, n° 3. Or, c'est une névrite qui n'est pas traumatique. A la suite de l'accident, le malade a souffert d'une névrose traumatique, pas davantage. Bien plus tard, et tout à fait indépendamment de l'accident, il a eu une affection organique. En admettant l'exactitude du diagnostic de M. Francke, entre l'hystérie et une affection spinale à lésion, il ne saurait y avoir de relation étiologique, et, par conséquent, la seconde ne peut être rattachée au traumatisme. On ne saurait dire, dans l'espèce, que l'accident a affaibli les parties du système nerveux ultérieurement lésées puisque l'hystérie est une maladie de l'encéphale et non de la moelle. Impossible donc de parler alors d'une polioencéphalite antérieure aiguë ou d'une névrite aiguë multiple consécutive à un traumatisme.

Un traumatisme peut-il agir à plusieurs mois, à plusieurs années de distance et provoquer une maladie organique? On le dit aujourd'hui, même quand, entre l'accident et la maladie, il s'est écoulé un laps de temps de parfaite santé. On prétend vaguement que le traumatisme a préparé le terrain à la maladie. C'est possible mais nous ne le savons pas. Si, en cas de doute, on incline à favoriser le côté humain de la question des accidents, il ne faut pas cependant exagérer et affirmer des hypothèses controversables.

P. Keraval.

LXVIII. Contribution à la pathologie des paralysies du médian par M. Bernhardt. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Il s'agit de ces cas où on enregistre une disproportion entre le trouble moteur peu ou pas marqué et l'extrême altération de l'excitabilité électrique. En voici un nouvel exemple. Les quelques observations des auteurs et celles de M. Bernhardt (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1885) montrent que la lésion du médian au niveau de l'articulation du poignet produit souvent des troubles plus considérables de la sensibilité de la peau des doigts que de la motilité des muscles de l'éminence thénar. Or il est constaté que les éléments sensitifs et moteurs des deux nerfs (cubital et médian) s'anastomosent les uns avec les autres ; les faits cliniques semblent donc indiquer, que dans un assez grand nombre de cas, les anastomoses des fibres motrices remplissent plus complètement leurs fonctions vicariantes que les anastomoses des fibres sensitives.

Est-il possible que les impulsions motrices prennent, en certaines circonstances, une autre voie que la voie habituelle ? Oui, d'après les expériences de sutures nerveuses croisées de Stefani et Cavazzani, et l'opération de greffe nerveuse de Sick et Sœnger. Ou bien certaines parties motrices du canal encéphalo-médullaire entrent alors en fonctions pour d'autres (Remak) ; ou bien, pour les fonctions motrices ainsi que cela a été constaté pour les fonctions sensitives, de même qu'après l'ablation expérimentale de zones corticales déterminées, d'autres éléments des mêmes zones peuvent être dressés aux nouvelles fonctions comme suppléants (Remak, Wundt). P. Keraval.

LXIX. Observation de névrite du fémoro-cutané externe ; par W. Warda. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans neurasthénique. Une pérityphlite à exsudat étendu, avec fièvre modérée, nécessite l'application d'un sac de glace sur la région iléocæcale. Il souffre alors dans la région du fémoro-cutané externe gauche et se plaint de douleurs spontanées, durant une à deux minutes, obtuses ou violentes, accompagnées d'engourdissement et d'insensibilité. Quatre semaines plus tard, dans la même région, diminution de la sensation de contact ; le patient sent et localise une forte pression, mais peu les piqûres, peu le froid et le chaud, notamment au centre de la zone en question. Il éprouve des douleurs spontanées quand on lui a bien malaxé les téguments, accuse une tension nette en marchant et de l'engourdissement. Mais il n'a plus d'accès douloureux. La pression au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure provoque des élancements ; le cordon nerveux y est perçu. Il se rappelle, trois mois avant la pérityphlite, avoir

perçu une sensation de velu au milieu de la même région ; depuis il l'aurait encore éprouvée quelquefois mais passagèrement. Aucune cause de névrite en dehors de la bicyclette et de quelques excès de morphine et de cocaïne sept ans auparavant pour raisons morales pendant trois mois. Evidemment ce n'est pas la pérityphlite qui a occasionné la névrite à gauche. Mais le sac de glace peut l'avoir provoquée sur un nerf déjà malade. Il serait bon de rapprocher de ce fait les paresthésies névralgiques de Bernhardt survenues à la suite de fièvre typhoïde. P. Keraval.

LXX. Observation de paralysie traumatique du plexus brachial (*paralysie combinée du bras et de l'épaule de Erb*) ; par Chr. Rasch. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Paralysie soudaine du bras gauche par extension brusque en arrière. Bras gauche pendant, flasque, le patient ne pouvant ni rapprocher le bras de l'épaule, ni mouvoir l'avant-bras vers le bras. Conservation des mouvements de la main et des doigts. Atrophie des muscles paralysés qui poursuit son évolution pendant dix mois. Violentes douleurs et paresthésies (fourmillements, engourdissements, pattes de mouches, doigt mort) indiquant l'atteinte des fibres sensitives. Rougeur avec hyperthermie d'une zone circonscrite de l'avant-bras malade, constituant un trouble vasomoteur fugitif et récidivant. Hyperhidrose unilatérale témoignant de la participation du grand sympathique. Ascension centrale des accidents caractérisée par : des douleurs irradiées de l'épaule au cou; de la sensibilité à la pression de la colonne cervicale; des douleurs dans la moitié gauche de la tête et de la face; des névralgies dans le maxillaire inférieur du côté malade; des paresthésies de la moitié gauche de la face (engourdissement, sensation de peau adhérente) ; une diminution de la sensibilité céphalofaciale du côté gauche; une extrême sensibilité à la douleur de tous les points d'élection accessibles à la pression; un effacement du pli nasolabial gauche; du nystagmus de l'œil gauche, par accès; du larmoiement, de la conjonctivite, de l'anesthésie de la cornée, du coryza, toujours à gauche; de la douleur avec faiblesse du membre inférieur gauche dont le sciatique est particulièrement sensible ; de l'épuisement des réflexes tendineux patellaires; de l'hypoesthésie cutanée de la jambe gauche. En un mot la plupart des nerfs crâniens et périphériques de la moitié gauche du corps sont atteints par les progrès de l'irritation inflammatoire des cordons nerveux, mais l'affection n'a point passé à droite. P. Keraval.

LXXI. Contribution à la pathologie du myxœdème ; par W. Muratow. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Observation d'une fillette de six ans. Anatomie et histologie

pathologiques. On constate : 1° une lésion toxique des cellules de l'écorce ; 2° des altérations secondaires (arrêt de développement) des systèmes de l'encéphale et surtout des fibres arciformes ; 3° absence complète d'éléments développés, capables de fonctionner, dans la glande thyroïde ; 4° il s'agit d'une affection congénitale, car la malade avait dès sa naissance l'aspect myxœdémateux. L'état mental (idiotie) du myxœdème est donc expliqué par les graves lésions anatomiques de l'écorce, et correspond aux symptômes produits expérimentalement par Horsley qui observa une diminution de l'activité de l'écorce chez les animaux thyroïdectomisés. La glande thyroïde commençant à fonctionner du sixième au huitième mois de la vie embryonnaire (Horsley) et les centres nerveux supérieurs étant, à cette époque, en voie de développement, la toxine a, dans l'espèce, agi sur ces centres avant que le développement n'en fût terminé ; elle a donc produit, non pas seulement un trouble dans l'activité fonctionnelle, mais un arrêt de développement. Le trouble de la nutrition des cellules a nui aux fibres subordonnées. D'où l'atrophie prédominante des faisceaux d'association supérieurs, des fibres arciformes, qui ne se développent que plus tard et possèdent des fonctions exclusivement psychiques. Les faisceaux conducteurs et le système des fibres du corps calleux ont été plus légèrement affectés. Ainsi s'explique que l'état mental de l'enfant ait plus à souffrir que celui de l'adulte et que la thyroïdinothérapie reste impuissante chez le premier [1]. P. Keraval.

LXXII. **Observation de sciatique bilatérale dans la néphrite parenchymateuse aiguë** ; par M. Lapinsky. (*Neurol. Centr.*, XVII, 1898.)

Il s'agit, chez un homme de vingt-deux ans, d'accès douloureux le long des sciatiques. Les troncs nerveux sont en effet très sensibles au tiraillement et à la pression, mais il n'existe ni troubles fonctionnels, ni réaction électrique anormale. C'est une névralgie. Au microscope, les *vasa nervorum* sont dégénérés et oblitérés ; le tissu nerveux est hypérémiée ou infiltré de noyaux ou de cellules au sein du périnerf et de l'endonerf ; déchéance de la myéline par places. Néphrite parenchymateuse aiguë. Toutes les branches principales des sciatiques sont prises. P. Keraval.

LXXIII. **Des attaques épileptiques et épileptoïdes revêtant la forme d'angoisse** ; par W. de Bechterew. (*Neurol. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Les crises anxieuses ne sont pas absolument rares dans le cours de l'épilepsie en général. Elles peuvent survenir sous la forme

[1] De nombreux faits montrent l'action puissante de l'emploi de la glande thyroïde dans le traitement du myxœdème de l'enfant. (B.)

d'aura præ-épileptique ou à l'état d'accès complètement autonomes, qui alternent avec les attaques d'épilepsie. Il est plus rare de voir l'angoisse constituer le symptôme le plus essentiel de la névrose épileptique ; en ce cas, les attaques d'épilepsie proprement dites diminuent nettement de fréquence, tandis que les crises anxieuses se multiplient. D'ordinaire, les accès d'angoisse épileptique procèdent sans perte de connaissance et sans vertiges céphaliques. Ces accès sont caractérisés par une grande opiniâtreté, et ils sont difficilement ou même point du tout accessibles au traitement par les médicaments antiépileptiques. On les observe parfois encore dans le cours des attaques congestives épileptiformes de la démence paralytique. Ils se distinguent des angoisses neurasthéniques en ce que l'angoisse épileptique ne se rattache aucunement à quelque cause extérieure que ce soit telle que localité, tonnerre, foules, comme cela s'observe dans la pathophobie. P. KERAVAL.

LXXIV. **Observation d'hémiplégie hystérique** ; par GUTTMANN. (*Neurolog. Centralbl.*, XVII, 1898.)

Il s'agit d'une paysanne de soixante-deux ans, qui fit, il y a deux ans, une chute dans un escalier. Elle accusait une terreur futile il y a un an. A la suite de cette émotion, la voilà prise d'une aphasie qui ne dure que quelques minutes. Quelques heures plus tard, apparaît une hémiparésie du bras et de la main gauches ; enfin, au bout de quelques jours, parésie de la jambe gauche avec sensation de froid et fourmillements. Il existe de la douleur et un peu de raideur dans la région occipitale et à la nuque, une diminution de la mémoire et de l'acuité visuelle. Intégrité des nerfs craniens. Atrophie des muscles du bras et de la jambe gauches ; mouvements spasmodiques dans le bras gauche ; peut-être quelque diminution de la force de ces membres. La sensibilité a diminué dans les extrémités, mais elle présente des variations. Réflexes tout à fait normaux. C'est tout au plus si, pendant la marche, on constate un léger affaiblissement de la jambe gauche, et cet affaiblissement n'existe évidemment pas toujours. Les mouvements passifs et actifs de toutes les articulations des quatre extrémités sont possibles et efficaces, ils sont peut-être un peu moins vigoureux dans la main gauche. Excitabilité galvanique et faradique régulière et normale quant à l'étendue. L'intelligence est celle d'une sénile ; pensée moins vive, parole moins facile.

L'auteur fait remarquer que l'aphasie ne concorde pas avec le côté atteint d'hémiplégie, et que, d'ailleurs, elle a disparu quelques minutes après l'ictus, ce qui indique qu'elle est psychique. L'évolution lente et graduelle des troubles parétiques ne saurait se rattacher à un épanchement sanguin cérébral ou spinal, car la malade dit elle-même qu'elle n'a éprouvé que de l'affaiblissement, qu'elle

a pu continuer à exécuter tous les mouvements, que, seule la force nécessaire pour travailler lui a manqué (confirmé par son médecin); il n'y a pas eu de paralysie flasque du tout. Il n'y a pas eu non plus distorsion des traits du visage, paralysie faciale, paralysie du voile du palais, paralysie de la langue. Il n'existe pas de contractures. En revanche, les spasmes musculaires légers ne sont pas habituels dans la paralysie par apoplexie ; ce sont ces spasmes qui entravent les mouvements et produisent la faiblesse. D'autre part, la diminution de la sensibilité persiste ; elle varie ; on la constate tantôt du côté sain, tantôt du côté malade. A noter enfin tremblements de la main gauche, paresthésies et atrophie des muscles du côté gauche. Il s'agit donc d'une sénile affaiblie par l'âge et les durs travaux, ayant subi un choc du fait d'une chute, tout en n'en ayant pas conservé de traces apparentes. Un an plus tard, une émotion insignifiante détermine l'ictus et tous les phénomènes qui, dans l'espèce, méritent le nom d'hystériques.

P. Keraval.

LXXV. Contribution à la symptomatologie et à l'étiologie des paralysies nerveuses périphériques de la région du cou; par A. Hoffmann. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1899.)

I. *Paralysie periphérique de l'hypoglosse.* Figure. — On constate une paralysie atrophique isolée de la moitié gauche de la langue, accompagnée de réaction dégénérative complète chez une personne saine sauf une otite moyenne chronique du côté gauche, la tuméfaction de ganglions du cou, de fréquentes angines. L'évolution, de concert avec l'existence de la réaction dégénérative, indique que les racines ou le tronc de l'hypoglosse sont affectés. Mais l'atteinte exclusive du territoire de l'hypoglosse, l'absence de symptômes bulbaires, l'unilatéralité éliminent une lésion radiculaire ou nucléaire. Ce n'est point une lésion aiguë (hémorragie circonscrite, ou poliomyélite) parce qu'il n'existe ni fièvre, ni douleur, ni autre symptôme de ce genre, parce que la malade (âgée de dix-sept ans) ne s'est aperçue de la paralysie qu'alors que déjà l'atrophie de la langue était considérable, parce qu'enfin les troubles ont continué à progresser. Une lésion bulbaire chronique se fût accompagnée d'autres perturbations. C'est donc une affection périphérique, difficile d'ailleurs à expliquer. Il s'agit d'une névrite spontanée, par exemple rhumatismale, de l'hypoglosse ou d'une névrite ganglionnaire, non par compression (le volume des ganglions et la région s'y opposent) mais par propagation. L'affection pharyngée a enflammé les ganglions qui, a leur tour, ont enflammé le nerf (Erb, Montesano, Marina, Dinkler). Intégrité de la sensibilité et du goût ; l'application légère de la cathode au cou provoque des deux côtés des mouvements de dé-

glutition sous l'influence d'un courant de même force. La déchéance de toute une moitié de la langue exerce peu d'action sur le mouvement de cet organe; c'est que l'autre moitié peut la remplacer totalement. A ce sujet, il est intéressant de noter : l'existence de convulsions fibrillaires et fasciculaires dans les deux moitiés (lésion des trousseaux de fibres qui traversent le milieu de la langue) et de la parfaite dégénérescence sans aucune tendance à la guérison au bout de douze mois de paralysie; — l'absence de contracture de la moitié paralysée. Le raphé de la langue ne forme pas de crochet, la langue ne s'incurve pas du côté paralysé, la pointe revenant au côté sain; en un mot le raphé ne prend pas la forme d'un S. « Il est probable, dit M. Hoffmann, que toutes les fibres de l'hypoglosse ne sont pas en tous les cas, simultanément, et, dans une égale étendue, atteintes, ou que l'innervation compliquée des muscles de la langue comporte des variétés individuelles. D'ailleurs quand progresse l'atrophie, la pointe proprement dite de la langue c'est-à-dire la partie proéminente de la langue n'est plus formée que par le côté sain, et lorsque le malade retire sa langue, le côté paralysé retarde; ainsi se forme l'incurvation du raphé du côté sain contracté. »

II. *Paralysie isolée du nerf axillaire.* Figure. — Etiologie particulière. Un jeune soldat de vingt-un ans en faisant l'exercice de la lance à cheval, tombe sur son arme qui lui échappe; la lance pénètre à gauche du cartilage cricoïde, et ressort derrière le cou près de la colonne vertébrale. Il se produit une paralysie isolée de la partie motrice de l'axillaire limitée au deltoïde. Et cependant le malade peut élever le bras gauche en avant et latéralement, seulement l'omoplate exécute une forte rotation lui faisant décrire un angle de 45°. Or il est classique, que, dans la paralysie du deltoïde le bras ne peut être éloigné du corps La galvanisation cursive du muscle jointe à l'excitation faradique de l'axillaire permet bientôt l'élévation du bras gauche jusqu'à la verticale en un mouvement de fronde et son maintien en cette situation. Onze jours plus tard, le bras peut être levé verticalement tranquillement en avant comme sur le côté. Seulement, pour l'amener à l'horizontale, il faut le concours d'une forte rotation de l'omoplate, d'une aussi forte rotation que celle qui accompagne, pour l'omoplate droite, l'élévation du bras droit à la position verticale. En effet, le mouvement d'élévation du bras gauche à l'horizontale se fait, dans l'espèce, par les muscles de l'omoplate, et ce n'est qu'alors qu'intervient le deltoïde pour l'élever jusqu'à la verticale. Telle est la situation pendant un mois. Quatre mois plus tard tout est revenu à la normale, si ce n'est que l'élévation de l'épaule gauche est moins puissante que celle de l'épaule droite; si on donne au bras gauche un haltère de six livres à soulever, on fait reparaître l'action vicariante du grand dentelé; tant que le bras n'a pas atteint l'ho-

rizontale il y a une forte rotation de l'omoplate, à partir de là le deltoïde reprend son activité.

La perforation totale du cou, sans lésion d'organe vital, est tout aussi curieuse par la contusion entre la quatrième et la cinquième cervicale de la branche motrice de l'axillaire, sans autre participation du plexus brachial. La branche motrice de l'axillaire a été lésée avant sa réunion au plexus brachial, ce qui donne à penser que la branche sensitive correspond à une autre hauteur, ou qu'elle est, tout au moins, séparée de la branche motrice, avant d'entrer dans le plexus.

Le remplacement du deltoïde par le grand dentelé est une autre curiosité. Normalement, le deltoïde porte le bras jusqu'à l'horizontale, le grand dentelé complétant le mouvement de l'horizontale à la verticale. Ici nous avons eu l'inverse. Mais il faut pour cela que le sus-épineux et le grand pectoral pressent énergiquement la tête humérale dans la cavité articulaire. P. KERAVAL.

LXXVI. **Contribution à la connaissance de la myélite aiguë disséminée**; par FUERSTNER. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Figure. — Observation probable de myélite infectieuse à marche particulièrement rapide. Il s'agit d'une fillette de seize ans; le stade initial reste dans l'ombre. Quatorze jours avant l'admission, il existe peu de fièvre, sensation anormale dans le dos, douleur thoracique; puis, se produit une parésie du bras droit et de la jambe du même côté, finalement, du côté gauche, si bien qu'en trois ou quatre jours la paralysie est généralisée. Quatre jours plus tard, vomissements, insomnie, dysurie, rétention d'urine. On diagnostique: hystérie. Elle entre le 27 mai. On constate successivement : inégalité pupillaire (la pupille droite est un peu plus large que celle de gauche mais elle réagit bien) — intégrité des mouvements de la tête, du facial, de la langue, de la parole, de la déglutition — paralysie flasque des deux jambes — faiblesse des réflexes patellaires d'ailleurs égaux — absence de réflexes cutanés — paralysie du bras droit et du bras gauche (celui-ci est moins atteint) — absence des réflexes du triceps brachial. Tous les muscles réagissent à l'électricité; il existe : une anesthésie à la douleur et au toucher des deux jambes; une diminution de tous les modes de la sensibilité au tronc, à droite seulement; sensibilité normale à la tête et au bras gauche, disparue à la partie inférieure du bras droit. Vessie très pleine d'une urine alcaline (2 litres) non albumineuse. Taches rouges multiples par pression sur les fesses. La colonne vertébrale, non déformée, est libre de ses mouvements et indolore à la pression. La température monte à 37°,8 et 40°,2. Accidents gangréneux du décubitus. P=124; R=24. Intégrité des poumons: quelque cyanose de la face avec macules blanches. On

note bientôt 40°,6 — 40°,8. Il se produit de l'herpès labial. L'urine devient trouble. P = 126 ; R. 26. On entend des râles secs dans les parties inférieures des deux poumons, les taches cyanotiques faciales se multiplient. Délire nocturne, euphorie ; tendance de la malade à plaisanter; connaissance indemne. Rien au fond de l'œil, rien dans le sang. Intégrité de la rate et des viscères. Le 2 juin, la tête penche un peu à droite; paralysie flasque des deux bras ; pas de réflexes patellaires ; l'attention est difficile à concentrer. Gâtisme : 40°,6 ; P = 140, puis 144. Délire nocturne; légère parésie du facial droit ; pas de déviation de la langue; conservation de la réaction des pupilles. De temps à autre nystagmus intentionnel. Les mouvements de la tête deviennent douloureux ; la nuque est raide. R = 30. Grande obtusion intellectuelle; nombreux râles des deux côtés. P = 150, et plus. La fillette parle peu et paraît hébétée; elle délire et le nystagmus progresse. Dysphagie. Tête rejetée en arrière et à droite ; raideur de la nuque; strabisme divergent. T. 40°,7. Mort en cet état le 5.

Autopsie. — Bronchopneumonie récente en foyers disséminés. Pneumocoques. A diverses hauteurs de la moelle dorsale, foyers disséminés ; infiltration de la pie-mère par de nombreuses cellules rondes au niveau des zones d'entrée des racines. Ces foyers augmentent en nombre et en dimension du renflement cervical à la moitié de la moelle dorsale ; ils diminuent de là jusqu'au 1/3 de la moelle lombaire où il existe encore un petit foyer dans le cordon latéral. Il est certain que la région moyenne de la moelle dorsale est séparée du reste de l'organe bien que peu de foyers s'étendent de la périphérie au centre de la moelle ; généralement à la périphérie il existe une lisière de substance nerveuse saine. Des foyers qui avoisinent le centre partent deux ou trois vaisseaux déjà altérés qui s'en vont dans la zone intacte. Les foyers, ceux surtout qui occupent la substance grise, sont remplis de vaisseaux pleins à éclater mais ne présentant point la forme de tire-bouchons; on y constate aussi de nombreuses hémorragies récentes. Les plus petits foyers lombaires renferment eux-mêmes un ou plusieurs vaisseaux altérés qui en forment le centre. L'adventice en est épaissie et lâche, la gaine lymphatique est remplie d'un liquide et de grosses cellules à petites granulations, à noyau périphérique, ordonnées en séries. Au lieu de nerfs on trouve des cellules granuleuses, en séries régulières, séparées par des tractus de substance de soutènement, dont le protoplasma finement ou grossièrement granuleux est parfois chargé de grosses mottes de myéline ; en outre, çà et là mottes de myéline, cylindraxes tuméfiés, et, en certains points, tout se borne à des mailles vectrices de vaisseaux sans traces de tissu nerveux. Ni dans la paroi des vaisseaux, ni dans leur voisinage, il n'y a de collections de cellules rondes. A partir du milieu de la moelle dorsale, le canal central est dilaté ;

ailleurs il semble divisé en deux ; tout près, cellules rondes accumulées qui diffèrent (par la coloration) de celles des gaines vasculaires. La pie-mère participe peu au processus, ce qui élimine l'idée d'une méningite suppurée, tuberculeuse, syphilitique. Evidemment les foyers sont en rapport avec les vaisseaux, c'est pourquoi la substance grise est si atteinte, et qu'il y a eu mobilisation si rapide de si nombreuses cellules granuleuses servant au transport d'abondants matériaux de destruction. Il est impossible cependant de savoir d'où viennent ces cellules; les éléments de la paroi des vaisseaux ne participant pas à l'altération, il convient de se demander si les cocci et leurs produits n'avaient pas produit quelque modification encore inconnue de cette paroi, si les files de cocci, ceux notamment à capsules n'avaient pas arrêté mécaniquement le cours du sangou de la lymphe. Si l'on ne peut affirmer la myélite aiguë par invasion des cocci, il est néanmoins probable qu'il y a eu infection puisqu'on a trouvé des pneumocoques dans la substance de la moelle.

P. Keraval.

LXXVII. **Contribution à la casuistique des tumeurs de la glande pituitaire** (*sarcome angiomatode*) ; par S. Pechkranz. (*Neurolog. Centralbl.*, XVIII, 1899.)

Observation complète, presque depuis le début des accidents jusqu'à la mort, c'est-à-dire pendant plus de deux ans et demi. Elle concerne un jeune homme de dix-sept ans ayant d'abord présenté des accidents permettant de penser à une néphrite avec urémie. Mais la lenteur du début, le développement lent et graduel des symptômes, la longue durée de l'évolution, l'absence de signes d'abcès ou autres affections (auriculaires ou nasales) expliquant l'œdème, la non-existence de traumatisme, de maladies infectieuses aiguës, l'apyrexie, l'exclusion forcée de la tuberculose ou de la syphilis; tout cela milite en faveur d'un néoplasme. Il s'agit de le localiser. Les deux nerfs optiques sont atteints dès les quelques mois qui succèdent à l'apparition des céphalalgies ; cécité complète d'un œil avec hémianopsie de l'autre à la même époque; atrophie bilatérale des papilles à une période plus avancée de la maladie. Atteinte ultérieure des deux oculomoteurs communs ; paralysie complète des muscles extrinsèques et intrinsèques des yeux. Aucun autre sens n'est atteint. Il n'existe ni paralysie ni convulsions localisées. Le néoplasme occupe donc la base et le chiasma. — *Autopsie*. Une tumeur colossale remplace la glande pituitaire ; nulle part elle n'adhère à la base du crâne, sauf à la partie basse du dos de la selle turcique. Elle se compose de trois parties. La plus grosse, la plus ancienne, repose sur la selle qu'elle a creusée d'une masse dure; un prolongement s'en va dans les ca-

vités oculaires ; lisse brillant, sans adhérence avec la base du crâne. La tumeur, irrégulièrement globuleuse sur la selle, couvre le losange interpédonculaire, ainsi que les parties voisines, et projette un segment supérieur jusque dans le troisième ventricule, tout en épargnant le cerveau simplement ramolli au pourtour. Les masses, plus petites, cohérentes avec la portion moyenne, reposent sur la base du cerveau, librement. Le corps pituitaire n'existe plus. La tumeur est enfermée dans une capsule ayant à peu près la structure de la dure-mère. C'est en effet celle-ci qui en est l'enveloppe, sauf au fond de la selle turcique où elle a été perforée. La tumeur, originaire de la fosse moyenne du crâne, plus exactement de la glande pituitaire, est un sarcome ; par suite, elle a pris naissance dans le lobe postérieur de cette glande (Hertwig, Schwalbe) a atrophié celle-ci, et les régions interpédonculaires, s'est dégagée dans le troisième ventricule, a ramolli les parties cérébrales adjacentes, et a produit des masses latérales, par infiltration de la capsule enveloppante. Aussi la capsule de ces dernières est-elle plus mince; elles sont elles-mêmes vascularisées. Il y a eu ramollissement de la portion moyenne par dégénérescence hyaline de ses vaisseaux.

Tout énorme que soit le néoplasme, si vasculaire soit-il, il a simplement envahi les cavités oculaires, comprimé et atrophié les nerfs optiques et oculomoteurs communs ; il y a eu (ce qui est assez rare) infiltration de la gaine des nerfs optiques.

La compression, d'abord exercée sur la partie médiane du chiasma qui contient les fibres entre-croisées de la bandelette optique, explique l'*hémianopsie bitemporale*, mais il est rare que les choses restent en l'état, aussi nettement limitées, c'est pourquoi l'on ne tarde pas, comme dans ce cas, à observer l'*amaurose d'un œil associée à une hémianopsie de l'autre ;* toutes les autres variétés de troubles oculaires connues, dépendent de l'action plus particulièrement exercée par la compression sur une moitié du chiasma, une bandelette optique, les deux bandelettes optiques, les deux nerfs optiques, la compression finale des fibres des nerfs optiques aboutissant à l'*amaurose bilatérale complète*. Les mêmes variétés de troubles oculaires se voient aussi dans l'*acromégalie;* elles s'expliquent justement par l'hypertrophie concomitante du corps pituitaire; mais l'inverse n'est pas vrai; l'acromégalie ne tient pas toujours exclusivement à des lésions pituitaires,

Cependant nous avons eu chez notre malade une hypertrophie des pieds, des extrémités inférieures et de la face, en imposant pour l'œdème (sans empreinte à la pression) ; peut-être s'agissait-il d'une simple augmentation de volume des parties molles (acromégalie molle et non osseuse). Ceci permettrait aussi de croire que le jeune homme avait une anomalie congénitale dans la structure de son corps pituitaire, s'étant accusée par des troubles nu-

tritifs (pachyacrie molle), de l'hypoplasie des organes sexuels, un féminisme osseux, et que sur cette anomalie se serait développée la tumeur maligne.

La névrite optique est le grand symptôme des tumeurs de cette région. Elle se termine par une atrophie des nerfs optiques (Rath); mais elle peut manquer quand la tumeur n'est pas assez volumineuse pour exagérer la pression à l'intérieur du crâne, ou quand elle comprime les gaines des nerfs optiques et empêche l'accès dans ces gaines du liquide cérébro-spinal (Rath, Heusser, Hippel).

Les variétés de paralysies des muscles des yeux tiennent aux allures variables de la tumeur dans ses rapports avec les divers nerfs de l'œil. Ici, quelques mois après le début de la maladie, les mouvements des yeux étaient conservés; la pupille droite réagissait encore à la lumière et à l'accommodation, mais non la pupille gauche. Dix-huit mois plus tard, les deux pupilles ne réagissaient plus, les muscles extrinsèques de l'œil n'étaient point paralysés. Vingt-quatre mois après, les réactions pupillaires faisaient tout à fait défaut, les mouvements des yeux étaient extrêmement limités, mais l'examen précis était impossible parce qu'il y avait cécité absolue et que le malade était somnolent.

La coexistence d'une néphrite (albuminurie) et d'une tumeur maligne de la selle turcique rendait au début, dans l'espèce, le diagnostic différentiel impossible, toutes deux génératrices de symptômes urémiques et oculaires *mutatis mutandis*. L'image ophthalmoscopique de l'urémie purement rénale est parfois identique à celle d'une tumeur cérébrale. L'urémie et la tumeur cérébrale peuvent produire : céphalalgies, vomissements, délire, convulsions, épilepsie jacksonienne, hémiplégie, hémianopsie, amaurose, ralentissement du pouls, attaques apoplectiformes, etc. La lenteur du développement graduel et progressif a servi de boussole.

P. Keraval.

LXXVIII. **Tabes et surmenage physique**; par L. Lœwenfeld. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI, N. F. IX, 1898.)

Aide relieur de trente-cinq ans. Le signe de Westphal, le signe de Romberg, les douleurs lancinantes, les troubles subjectifs de la sensibilité bilatéraux marqués aux pieds, l'ataxie en certaines circonstances, indiquent le tabes. Pas de symptômes pupillaires. Pas de syphilis. Depuis quatre ans, il fait mouvoir avec les deux pieds alternativement, pendant dix heures par jour, une lourde machine à pédale en fer roide. Il travaille ainsi chaussé de cuir léger ou de pantoufles. La maladie a débuté avec ce travail pénible, debout, exigeant un effort considérable des jambes. C'est exactement le même surmenage que celui de la machine à coudre, qui a agi à l'égal d'une cause directe.

P. Keraval.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 30 octobre 1899. — PRÉSIDENCE DE M. J. VOISIN.

LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Paul Janet, ancien président de la Société et lève la séance en signe de deuil.

Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit.

M. FARNARIER communique en son nom personnel et au nom de M. SÉRIEUX une note sur la clinothérapie. Les effets physiologiques de l'alitement encore peu étudiés paraissent, pense-t-il, être les suivants : il modère et régularise les battements cardiaques et les mouvements respiratoires, élève la pression artérielle, abaisse la température centrale, il diminue la destruction des globules rouges ; enfin il ralentit les processus d'oxydation intra-cellulaire, par suite de la désassimilation, et amène l'augmentation du poids du corps ; dans certains cas, cette économie sur les substances brûlées serait peut-être compensée par une diminution de l'appétit, entraînant un abaissement du poids du corps.

Les indications de la méthode peuvent se résumer en peu de mots : elles se rencontrent chez tous les malades qui ont besoin de repos, soit physique, soit psychique. C'est dire que l'alitement est applicable à toutes les psychoses aiguës ; que le cerveau, en effet, soit surmené par le fonctionnement exagéré des zones motrices (manie), sensitive (mélancolie), sensorielle (état hallucinatoire), ou que son activité soit suspendue par l'action d'un toxique (confusion mentale) ; dans tous ces cas il est urgent de laisser reposer l'organe surmené ou intoxiqué, afin de permettre le retour à l'état normal des mutations nutritives du neurone. — Ajoutons que sous le nom d'états aigus d'aliénation, nous comprenons à la fois les psychoses à évolution rapide et de date récente (délire toxique, délire hallucinatoire, états maniaque et mélancolique) et les épisodes aigus des affections chroniques (paralysie générale, lésions cérébrales en foyers, délires systématisés chroniques).

Comme résultat, s'il ne paraît pas absolument démontré que

l'on obtienne un chiffre de guérisons plus élevé que par les autres méthodes, du moins diminue-t-on la durée de la maladie et place-t-on le malade dans les meilleures conditions physiques et morales de guérison. Un résultat appréciable de la clinothérapie, c'est qu'elle supprime presque complètement l'isolement cellulaire; elle modifie fort heureusement la physionomie de l'asile en substituant des salles d'hôpital, calmes et silencieuses, aux bruyants quartiers d'agités, où les malades s'excitent mutuellement; enfin, elle permet l'examen méthodique des malades par le personnel médical.

Il n'existe pas de contre-indication absolue au traitement par le lit, mais seulement quelques inconvénients facilement évitables: tels que l'anorexie, la constipation, les amyotrophies et raideurs articulaires, etc.

En résumé, la méthode de l'alitement, par les résultats thérapeutiques qu'elle donne, par les modifications heureuses qu'elle apporte à la physionomie de l'asile, mérite de prendre place, avec no-restraint et l'open-door, parmi les plus belles conquêtes de la psychiatrie moderne. Il est permis d'espérer que le mode d'assistance future des aliénés élevés à la dignité de malades comprendra uniquement l'hôpital spécial pour les aigus, que l'on traitera comme des malades physiques, l'assistance familiale et la colonisation pour les chroniques, les intermittents et les convalescents.

M. Doctrebente se montre surpris d'entendre dire que c'est depuis qu'on les alite systématiquement que les aliénés sont élevés à la dignité de malades. Il y a longtemps que Pinel, dit-il, leur a rendu ce service. Le traitement au lit, ajoute-t-il, empêcherait la déperdition des forces. Je ne vois pas trop comment on a pu les mesurer chez les maniaques. Si cette mensuration pouvait être faite, on serait sans aucun doute étonné de leur conservation après une période très longue d'excitation chez les maniaques non alités. On nous dit aussi que l'alitement favorise l'examen des aliénés. Dans tous les services auxquels j'ai pu être attaché, j'ai toujours vu examiner très attentivement tous les entrants. Enfin les auteurs nous avouent que ce traitement ne modifie pas la longueur de la maladie. Alors à quoi bon changer de thérapeutique?

Lorsqu'on a proposé de mettre à l'ordre du jour du Congrès de 1900 le traitement des psychoses par l'alitement, j'ai fait observer que si ces idées nouvelles venaient à se propager il faudrait démolir tous les anciens asiles. Je préférerais pour ma part voir augmenter le nombre des chambres d'isolement où pourraient être logés les aliénes turbulents qui deviennent une gêne pour leurs voisins plus calmes et une cause de désordre.

M. Briand qui, un des premiers en France, a pratiqué la clinothérapie et la pratique encore a d'abord couché et maintenues cou-

chées toutes les entrantes de son service, sans distinction. Il est arrivé à cette conclusion que si cette thérapeutique donne dans certains cas les meilleurs résultats elle n'est cependant pas applicable indistinctement à tous les aliénés. En effet, dit-il, si la plupart des cas aigus sont favorablement amendés et si presque tous les aliénés finissent par l'accepter il en est un certain nombre, et ce ne sont pas les plus agités qu'il devient très difficile sinon impossible de maintenir au lit, sans moyens de contrainte. Ces malades finissent par concevoir contre le personnel de surveillance une telle animosité qu'ils deviennent non seulement un élément d'agitation pour leurs voisins, mais un danger pour ceux qui les approchent.

Après quelques jours d'essai le mieux est dans quelques cas de ne pas persister à vouloir maintenir l'aliéné au lit quand sa résistance se traduit par une lutte continuelle avec le personnel.

Si la multiplicité de chambres d'isolement est à désirer, on ne saurait toutefois espérer qu'on pourra y traiter les agités au lit. Le dortoir commun constitue un milieu spécial et en quelque sorte une atmosphère nécessaire à cette thérapeutique dans laquelle l'imitation complète la persuasion. Il se crée là une sorte de contagion par l'exemple ou même une véritable suggestion agissant tout aussi bien sur les malades que sur les agents de surveillance qui s'étonnent du résultat obtenu.

Pour ce qui est du massage destiné à prévenir les ankyloses je ne l'emploie pas parce qu'une semblable complication n'est guère à craindre chez des malades qui, bien que couchées, n'en gesticulent pas moins pendant toute la journée et souvent même la nuit.

M. Sollier a vu à Heidelberg des agités maintenus au bain depuis plusieurs mois. Il lui semble que cette pratique, si elle est commode au point de vue de la surveillance qu'elle simplifie, ne présente point les effets qu'on semble en espérer au point de vue du traitement.

M. Doutrebente. — Il y a longtemps qu'en France on donne des bains de quelques heures aux agités et plus particulièrement aux paralytiques généraux. J'ai adopté, pour ma part, la méthode de Foville pere, qui mettait ses agités dans des bains prolongés à partir de cinq heures du soir. On procure ainsi de meilleures nuits aux malades les plus excités qui s'endorment plus volontiers en sortant du bain.

M. Farnarier. — M. Doutrebente nous objecte que nous n'apportons aucun résultat ; cependant parmi les auteurs allemands qui ont appliqué cette thérapeutique il en est qui ont constaté que si la durée de la psychose n'était pas abrégée, les symptômes en étaient moins pénibles. En ce qui concerne le massage j'ajouterai

que nous ne l'employons que chez les mélancoliques en vue d'éviter les amyotrophies.

M. CHRISTIAN lit très attentivement les rapports annuels du service des aliénés du département de la Seine; il n'a pas vu que les guérisons fussent plus nombreuses à Ville-Evrard que dans les autres asiles.

M. DOUTREBENTE a obtenu à Blois la guérison de 33 p. 100 des aliénés traités en s'en tenant à l'ancienne thérapeutique.

MARCEL BRIAND.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

Séance du 9 *novembre*. — PRÉSIDENCE DE M. JOFFROY.

MM. DÉJERINE et BERNHEIM. *Un cas de paralysie radiale par compression, avec autopsie.* — La malade présentait une paralysie radiale, qui, par sa physionomie clinique et surtout par ses réactions électriques (signe d'Erb), réalisait le tableau classique. Elle mourut au bout de vingt-cinq jours. A l'autopsie, l'examen macroscopique révéla l'existence d'une ecchymose située à 3 centimètres au-dessous du point de bifurcation du nerf circonflexe : ecchymose qui, longue de 1 cent. 1/2 à 2 centimètres, avait aplati le tronc nerveux. Au microscope, on ne put déceler aucune lésion histologique dans n'importe quelle branche périphérique; seule, la myéline paraissait être légèrement grenue et faiblement colorée, altérations qui ne pouvait être mise sur le compte des manipulations. Mais, il n'y avait pas la moindre trace d'une dégénération wallérienne pathologique : çà et là à peine quelques tubes avec boules, comme il s'en rencontre dans tous les nerfs examinés sur le cadavre. Ainsi, M. Déjerine conclut que la technique histologique moderne reste incapable de nous renseigner sur la lésion qui, dans la paralysie radiale par compression, empêche l'excitation électrique, portée au-dessus, de passer par les filets nerveux comprimés. Il rappelle qu'il n'a jamais pu créer expérimentalement une paralysie par compression, du type qu'on observe chez l'homme.

M. JOFFROY fait remarquer que l'expérimentation ne peut reproduire toutes les conditions pathologiques réalisées chez l'homme (intoxications diverses, surtout alcoolique; infections variées). La

paralysie radiale par compression se déclare seulement chez certains individus, prédisposés par une tare antérieure.

M. Babinski a pu faire expérimentalement une paralysie qui, par certains caractères, ressemblait à la paralysie radiale de l'homme, mais les phénomènes étaient très transitoires, durant à peine une demi-heure.

M. Babinski présente un malade atteint incontestablement d'une lésion bulbo-protubérantielle, avec hémiplégie alterne sensitivo-motrice, paralysie périphérique du nerf facial et kératite neuro-paralytique par altération du nerf trijumeau. Mais, surtout, ce malade offre des troubles particuliers de la marche : la station debout est possible sans appui, les yeux ouverts ou fermés; cependant, au bout de 2 à 3 minutes. il tombe toujours du même côté. Si l'on commande au malade de marcher, il lance les jambes avec une incoordination manifeste, tandis que la partie supérieure du corps reste immobile et entraine ainsi le malade en arrière. Or, l'on sait bien que, dans la marche normale, la partie supérieure du corps doit se porter en avant, pour déplacer le centre d'équilibre du corps. Le malade présente donc *une asynergie musculaire*. Cette asynergie s'observe encore dans d'autres mouvements volontaires des bras mais surtout des jambes, Elle doit être attribuée, suivant l'auteur, à une lésion cérébelleuse.

M. Robinson. *Surdité verbale mentale.* — Observation détaillée concernant un homme de quarante ans, présentant des stigmates de dégénérescence et de la surdité verbale mentale. Cette observation est à rapprocher de celle des deux jeunes filles présentées par le professeur Raymond à la dernière séance.

M. Chipault. *Balle dans le corps calleux. Etat de mal épileptique. Hémiplégie. Trépanation. Guérison.* — Il s'agit d'un malade, qui s'est logé deux balles de petit calibre, par la bouche. Les radiographies montrent qu'une de ces balles se trouve au-dessus du corps calleux entre les faces internes des deux hémisphères.

M. Guillain. *La circulation des liquides lymphatiques dans la moelle épinière.* — L'auteur, à la suite de recherches entreprises d'après les conseils de M. P. Marie, croit pouvoir conclure à une direction ascendante de la part des liquides nourriciers dans la moelle. La circulation lymphatique serait indépendante dans les cordons postérieurs et les cordons antéro-latéraux.

Le canal de l'épendyme serait un collecteur lymphatique; les espaces lymphatiques seraient réglés par la disposition de la névroglie.

A la suite d'injections de granulations aseptiques dans les cordons postérieurs du chien, on peut amener une dilatation du

canal central, et des espaces lymphatiques des cornes postérieures simulant la syringomyélie.

L'auteur se demande si des substances toxiques ou microbiennes ne peuvent pas suivre la même voie et donner ainsi certaines formes de syringomyélie.

M. Paul Londe. *Sur les troubles moteurs du goitre exophtalmique. Théorie de l'hypotonie.* — Chez les Basedowiens, les phénomènes fondamentaux sont attribuables à l'asthénie, à la parésie : ce sont des troubles de déficit. Ils peuvent coïncider avec un défaut de tonicité musculaire, ce qu'on a appelé l'hypotonie.

M. Londe se demande si cette même explication ne peut s'appliquer au manque de tonus cardio-vasculaire dans certains territoires auquel il accorderait une importance plus grande qu'à l'excitation du sympathique.

Le manque d'action tonique et régulatrice du cervelet pourrait être invoqué d'après lui.

MM. Dufour et Dide. *Tuberculine. Tuberculose et encéphalopathies délirantes.* — Quels sont les rapports qui unissent la tuberculose aux délires ? Y a-t-il coïncidence fortuite ou relation de cause à effet, dans les cas de délire chez les tuberculeux ? Il est difficile de trancher cette question d'une manière absolue : toutefois, les auteurs ont soumis dix malades délirants, chez lesquels on ne trouvait pas de signes permettant d'affirmer l'existence d'une tuberculose pulmonaire, à l'épreuve de la tuberculine. Trois d'entre eux ont réagi d'une manière positive. Ils cachaient donc une tare organique bacillaire. Cette tare inaperçue pourrait donc jouer un rôle important dans la genèse de ces délires.

M. Klippel. *Abcès cérébral et méningite aiguë.* — L'auteur rapporte l'observation et des photographies de pièces, concernant un homme de son service ayant présenté les signes d'une méningite aiguë avec signe de Kernig manifeste. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un abcès cérébral situé à gauche dans le centre ovale, sans la moindre lésion des méninges. Le pus, jaunâtre, non fétide, fut inoculé sans succès à une souris. Le liquide céphalo-rachidien n'a pas été examiné pendant la vie.

MM. Cl. Philippe et Jonès. *Anatomie pathologique de l'écorce cérébrale dans la sclérose en plaques.* — Les auteurs ont étudié les localisations de la sclérose en plaques au niveau de l'écorce cérébrale, en examinant dans trois autopsies, la plupart des circonvolutions par toutes les méthodes histologiques (Weigert-Pal, Marchi, Nissl ; picro-carmin et hématoxyline alunée). Les foyers corticaux, existent toujours, mais ils sont plus ou moins nombreux ; dans un cas, ils étaient très marqués au point d'avoir envahi presque complètement la circonvolution et son centre ovale. Leur

topographie, leurs dimensions, leur âge, leurs caractères histologiques (démyélinisation et prolifération névroglique) varient dans des limites considérables, absolument comme au niveau de la moelle et du bulbe. — Les auteurs insistent, avant tout, sur une lésion non encore décrite; une *méningite corticale* intense, surtout fibro-plastique, qui évolue sans endartérite ni endophlébite.

Ces résultats histologiques permettent de penser que l'écorce cérébrale et ses lésions entrent pour une large part dans la symptomatologie générale de la sclérose en plaques. La méningite peut expliquer les attaques épileptiformes ou apoplectiformes, assez fréquentes au cours de la maladie; elle constitue un argument de plus en faveur de l'origine infectieuse de la sclérose disséminée. Enfin, comme le disait Charcot, en 1892, il faudrait rechercher les *formes mentales* de la maladie et ses symptômes psychiques, encore si mal caractérisés.

MM. Cl. Philippe et Oberthür. *Une lésion bulbaire constante dans la syringomyélie avancée; sa valeur clinique pour la pathogénie des anesthésies syringomyéliques.* — Dans quatre autopsies de syringomyélie avancée, il existait une lésion bulbaire placée dans la corne postérieure et dans la substance grise située en avant des noyaux de Goll et de Burdach. Cette situation, *très particulière et constante*, fait que la lésion coupe les fibres sensitives émanées des noyaux, et produit une dégénération plus ou moins complète, unilatérale ou bilatérale, du ruban de Reil. Les auteurs attirent l'attention sur ce processus qui marque l'envahissement du bulbe par la syringomyélie et qui continue la gliose des cornes postérieures de la moelle, comme il est facile de s'en rendre compte en examinant des coupes sériées. Au point de vue clinique, cette lésion bulbaire, qui fait dégénérer la grande voie sensitive du bulbe et de la protubérance, doit jouer un rôle de premier ordre dans la pathogénie des anesthésies syringomyéliques dont la physiologie pathologique reste si obscure encore à l'heure actuelle.

M. Sicard. *Les muscles abdominaux et l'orifice inguinal chez les hémiplégiques organiques.* — L'auteur s'élève sur ce qu'a de trop absolu cette proposition soutenue par les classiques : à savoir que dans l'hémiplégie organique les muscles à fonction synergique sont respectés des deux côtés.

Des recherches méthodiques dans les services de MM. Raymond et Brissaud, portant sur vingt-deux hémiplégiques, lui ont permis de constater, en faisant tousser les malades, les faisant respirer largement, et en palpant avec soin leur orifice inguinal, qu'il existait une parésie certaine des muscles abdominaux du côté paralysé.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du 17 octobre 1899. — Présidence de M. Jules Voisin.

Dédoublement de la personnalité et phénomènes subconscients provoqués par des manœuvres de spiritisme.

M. Bérillon présente une malade qui a fréquenté des réunions spirites et n'a pas tardé à y jouer le rôle d'excellent médium à réincarnations. Sous l'influence de la concentration de l'attention, elle présentait des variations de personnalité analogues à celles que l'on peut provoquer expérimentalement chez les hypnotisés. Elle subissait inconsciemment la suggestion du milieu ambiant, mais, à la fin de chaque séance, elle n'était ni réveillée ni « déshypnotisée », comme cela doit toujours être fait après une séance d'hypnotisme. Il en est résulté un état mental particulier qui se manifeste par des phénomènes inconscients et automatiques survenant à des intervalles de plus en plus rapprochés ; ses mouvements automatiques et ses actes impulsifs ont, pour un esprit non averti, toutes les allures d'un délire maniaque. C'est ce qui explique son séjour d'un mois dans un asile d'aliénés. Il s'agit, en somme, d'une hystérique très dégénérée qui s'auto-hypnotise, tombe dans un état de somnambulisme spontané, puis extériorise les rêves qui surgissent dans son esprit. Tous ces états ont pu être reproduits expérimentalement ; ils disparaissent aussi sous l'influence de la suggestion. L'hypnotisme a déjà considérablement amélioré cette malade, laquelle va continuer à être soumise à la psychotérapie.

M. Jules Voisin. — Cette malade est-elle tout à fait inconsciente et ne joue-t-elle pas un rôle ?

M. Paul Magnin. — Elle a bien l'apparence d'une hystérique qui simule et veut se rendre intéressante.

M. Paul Farez. — Elle a, en tous cas, très certainement la notion au moins subconsciente du monde extérieur, puisque dans ses diverses réalisations de types, elle évolue aisément dans cette salle sans heurter ni tables ni chaises.

M. Bérillon. — Peut-être, au début, s'est elle prêtée avec complaisance aux prétendues réincarnations ; sa vanité a pu être agréablement chatouillée quand on lui a déclaré qu'un grand médium venait d'éclore. Mais actuellement son état est devenu insupportable et elle désire beaucoup en sortir, car il l'expose à toutes sortes d'ennuis chez elle et dans les milieux qu'elle fréquente.

Les états mentaux impliqués dans l'appréciation post-hypnotique du temps.

M. MILNE-BRAMWEL (de Londres). — Après avoir rapporté les études de Liégeois, Beaunis, Bernheim, Garney, sur ce sujet, rapporte les nouvelles expériences faites par lui sur diverses personnes hypnotisées et dans lesquelles il suggérait d'accomplir tel acte dans quatre mille quatre cent dix-sept,... dix mille soixante-dix,... onze mille quatre cent dix-sept... minutes, etc. Quarante-cinq fois l'ordre fut exécuté à la minute ; dans huit cas il y eut de légères différences qui n'excédèrent jamais cinq minutes.

Chloroforme et suggestion.

M. Paul FAREZ. — Tout récemment on a prétendu que la suggestion après la chloroformisation était moins dangereuse que l'hypnotisation et devait toujours lui être préférée. C'est justement le contraire qui est la vérité.

M. LE MENANT DES CHESNAIS. — En effet, il faut renverser les rôles. J'avais dernièrement une malade que j'ai essayé sept ou huit fois d'hypnotiser : chaque séance me demandait au moins trois quarts d'heure et me causait beaucoup de fatigue ; tous mes efforts restèrent vains. C'est alors seulement que je me suis cru autorisé à recourir à l'éther.

M. FAU DE ST-MARTIN. — Le chloroforme n'est excusable que quand l'hypnotisme a échoué.

M. Félix REGNAULT. — Si, comme on le prétend l'hypnotisme est à ce point dangereux, la suggestion après chloroformisation présentera à la fois les dangers de la suggestion et ceux du chloroforme. D'ailleurs, si, après échec de l'hypnotisme, on décide de recourir à un hypnagogue, on est impardonnable de s'adresser au chloroforme, puisqu'on dispose de l'éther. Et puis, l'art de la suggestion est très complexe ; il comporte une série de précautions parfois négligées ; ainsi le malade dort mieux le soir, à jeun, etc. Lorsqu'un malade est réputé réfractaire à la suggestion, cela tient fort souvent bien moins à lui qu'au médecin.

M. BÉRILLON. — Il convient aussi de préparer tout d'abord les malades, de leur donner toutes sortes d'explications, d'aller au-devant de leurs objections, de déployer une grande richesse d'argumentation et de créer en eux une parfaite quiétude d'esprit. Le succès est à ce prix.

M. Jules VOISIN. — Dans ma pratique j'évite aussi d'endormir mon malade dès la première visite ; je le prépare ; je gagne sa confiance, de manière qu'ensuite il demande de lui-même que je l'hypnotise.

Puissance de l'auto-suggestion.

MM. Lepinay et Baraduc rapportent chacun un exemple de l'efficacité de l'auto-suggestion.

BIBLIOGRAPHIE.

XIII. *Éducation des dégénérés supérieurs. Réflexe de l'obéissance;* par H. Thulié. (*Revue de l'Ecole d'Anthropologie*, 15 janvier 1899.)

Pour faire l'éducation des dégénérés les moyens habituels sont insuffisants. On se heurte à leur inertie maladive, à leur mauvaise volonté. Leurs déplorables habitudes si elles ne sont pas innées ont été souvent fortifiées par l'incurie ou l'aveuglement des parents. Avant de semer dans ce terrain ingrat, il faut le préparer soigneusement. Suivant M. Thulié, c'est l'instinct de l'obéissance qu'il faut créer; aussi il nous donne une étude complète sur la nature de cet instinct et sur la méthode à suivre pour le développer. M. Thulié connaissant à fond le sujet, dont il nous entretient, il serait désirable que sa méthode fût généralisée. Un instinct étant une action réflexe plus ou moins compliquée, à laquelle la conscience ne prend aucune part, il faut décomposer l'instinct qu'on veut créer en en faisant d'abord un réflexe conscient; puis en multipliant la répétition des mêmes actes qui le produisent, la conscience devient de moins en moins nette, et finalement disparait. A ce moment le réflexe est absolument instinctif : c'est un véritable instinct créé ou mieux fixé par l'habitude, cette seconde nature. Le but est donc d'amener le dégénéré à obéir automatiquement. Comment faire naître cet instinct ? M. Thulié se rappelant les merveilleux résultats obtenus à Bicêtre dans le service de M. Bourneville chez des dégénérés inférieurs, emploie des moyens analogues. Il faut s'adresser à une fonction accessible à la discipline la fonction du mouvement si facilement entrainée par le rythme et par l'esprit d'imitation. De l'usage répété de l'exercice commandé, du renouvellement continu d'un acte succédant à un ordre, l'obéissance se dégage sans que la conscience y prenne une part importante. D'ailleurs elle finit par disparaître en raison même de la répétition de l'acte. La gymnastique des mouvements atteint ce but à l'exclusion de tout autre procédé. Les mouvements d'assouplissement en outre qu'ils sont excellents au point de vue hygiénique sont des mouvements d'ensemble par excellence. « L'esprit

d'imitation est une des causes les plus efficaces de l'entraînement. » Enfin le rythme y joue un rôle important. L'exemple de ce qui se passe dans le service de M. Bourneville prouve que les sensations rythmiques s'imposent facilement aux intelligences les plus obscures : elles fixent dans la mémoire les mouvements commandés. Le son du tambour ou d'une musique épargne des oublis et maintient la cadence. Les dégénérés supérieurs subissent les mêmes influences.

Lorsqu'une régularité inconsciente préside aux actes physiques, la régularité intellectuelle s'en ressent. Un esprit disposé à obéir au commandement du professeur de gymnastique le sera également à tout autre ordre; c'est une habitude que l'enfant prendra d'une manière générale et dans toutes les circonstances de la vie, à l'école comme dans la société, le réflexe de l'obéissance le soumettra aux lois. M. Thulié ne s'est pas contenté d'exposer sa théorie, il réfute chemin faisant les objections. Il s'attache principalement à démontrer la supériorité des mouvements d'assouplissement exécutés avec ensemble sur les autres méthodes de gymnastique. Il rejette avant tout ces exercices acrobatiques si prisés dans nos écoles, dont le résultat est opposé à tout raisonnement. Ils fatiguent le corps et empêchent conséquemment tout effort utile chez un enfant bien portant. Chez un dégénéré cet effet nuisible s'accentue encore : c'est ce que nous avons constaté nous-même à Bicêtre. G.-Paul Boncour.

XIV. *Le corps et l'âme de l'enfant*; par le Dr Maurice de Fleury. (Armand Colin, 1re édit., 1899.)

Venant après les constatations désolées de nos philosophes et de nos éducateurs, qui signalent les vices de notre éducation sans proposer ensuite aucun remède pratique, le livre de M. Maurice de Fleury cause un réel plaisir. Il trace aux parents ou à ceux chargés de les remplacer près de leurs enfants une ligne de conduite vraiment applicable et surtout vraiment raisonnable. Et cela, parce que son point de départ est solide : au lieu de se perdre, à l'exemple de la plupart des traités pédagogiques, en considérations philosophiques sur les facultés intellectuelles des enfants ou sur les fondements de la morale, l'ouvrage débute simplement par l'étude anatomique du cerveau, cette base indiscutable de toute activité physique ou psychique. Une série de déductions montre ensuite le mécanisme de la conscience, de la personnalité et de la volonté. M. Maurice de Fleury essaie d'ailleurs, je dois le dire, de ménager les susceptibilités spiritualistes de ses lecteurs. Y parviendra-t-il ? C'est douteux malgré l'habileté qu'il y déploie : en tout cas son livre n'a rien à y gagner.

Dans une suite de chapitres résultant toujours logiquement de

ses constatations anatomiques et physiologiques, il passe en revue la colère, la paresse, la peur, le mensonge, etc. Il montre la colère, cette explosion d'énergie accumulée sous pression dans le cerveau. Il en décrit plusieurs formes variant suivant les tempéraments. Naturellement il donne le traitement de cette défectuosité et il le peut d'autant mieux qu'il l'a au préalable analysée. Ses pages sur la paresse sont fort attachantes. Il n'y a pas un paresseux mais des paresseux, c'est-à-dire des enfants qui pour des raisons variables en arrivent à un état identique. C'est donc une erreur grossière de dire : cet enfant est un paresseux sans commentaire. Il faut remonter à la cause première pour s'apercevoir que les uns sont paresseux par incapacité de travail, que d'autres le sont par neurasthénie, que la mauvaise éducation et le surmenage arrivent à des résultats similaires. Avec des notions de ce genre le remède à apporter est simplifié. Ainsi il est facile de s'apercevoir de l'inefficacité des punitions habituelles de nos lycées : elles sont uniformes bien qu'ayant pour but de redresser des vices totalement différents. Ces quelques mots feront comprendre, je l'espère, la conception particulière de l'ouvrage, mais il faut aussi être informé de l'idée directrice qui a inspiré ces lignes d'un intérêt si pratique. M. M. de Fleury est persuadé qu'il faut une bonne souche pour faire une bonne race. Pour lutter dans la vie, la force aussi bien physique que morale s'impose impérieusement. Les considérations du début indiquent que cette énergie ne tiendra pas exclusivement du corps ou de l'âme. Cette dissociation serait antiscientifique. « Les facultés de l'âme ne se distinguent en aucune façon des fonctions de notre écorce grise », écrit M. de Fleury au mépris de toute conviction spiritualiste, affirmant ainsi qu'il suffit d'étudier le corps pour arriver à des solutions pratiques. Les parents trouveront un plan qui les dirigera dans leur rôle d'éducateurs, ils pourront en faire une application intelligente, car ils auront l'avantage manifeste d'en comprendre le pourquoi.

Les maîtres profiteront largement de cette œuvre où ils n'auront pas à redouter les introductions gonflées de psychologie transcendante généralement inévitables dans tous les manuels pédagogiques.

Pour ma part, je sais gré à l'auteur d'avoir, tout en reconnaissant la supériorité de l'éducation anglo-saxonne, proposé des moyens de s'en rapprocher. Il est évident que les Anglais ont des qualités en partie puisées dans leurs [illegible] ou dans leur milieu familial ; mais comme il est impossible de bouleverser notre état social pour mettre les jeunes Français dans des conditions identiques, il faut trouver des moyens d'éducation adaptés à notre race. L'auteur en propose : il faut l'en louer. Il me semble superflu d'ajouter que la compétence de M. M. de Fleury dans ces questions d'hygiène morale et de neurologie a trouvé une occasion

nouvelle de se manifester brillamment. Parler de son style avec ses qualités de clarté, de souplesse et d'élégance est également inutile, chacun le connaît et l'apprécie. G.-Paul Boncour.

XV. *Thérapeutique de la scoliose des adolescents;* par le Dr A. Chipault (Vigot frères, éditeurs).

Le Dr Chipault, dont tout le monde juge à sa juste valeur la haute compétence en matière de pathologie du rachis, donne dans ce volume les résultats de son expérience personnelle pour ce qui concerne la scoliose des adolescents. Après avoir dans le premier chapitre, déclaré que cette affection doit toujours être considérée comme grave, par les conséquences qu'elle peut entraîner, surtout chez la femme (accouchements rendus impossibles), l'auteur passe à l'étude des différents traitements appliqués à la scoliose. Tous les procédés sont analysés et critiqués, avec une parfaite impartialité et certainement avec une grande compétence. L'adolescent est-il simplement menacé de scoliose? c'est à une thérapeutique préventive, mais sévèrement appliquée, qu'il faudra s'adresser (massages, exercices, etc.). Au contraire l'affection est-elle déclarée? c'est alors contre la cause première du mal qu'il faut s'appliquer à lutter. Aussi rejetant les procédés qui ne s'attaquent qu'aux muscles en se basant sur la *théorie* qui incrimine dans la scoliose des lésions musculaires, l'auteur se déclare partisan des procédés qui s'adressent directement au squelette dont les lésions ont été constatées. Il emploie, en suivant une technique qui lui est personnelle, la réduction suivie de contention. Cette technique, qu'il serait trop long d'analyser, a pour but de détruire la polyankylose en position vicieuse et de la remplacer par une polyankylose en bonne position. L'auteur est arrivé par ce procédé à des résultats vraiment encourageants et la statistique consciencieuse qui termine son livre est particulièrement instructive. X.

NÉCROLOGIE.

Le Dr CALÈS.

Le Dr J.-G. Calès vient de mourir à l'âge de soixante et onze ans à l'asile des aliénées de Château-Picon, de Bordeaux, dont il était le directeur depuis le 20 août 1889.

Issu d'une famille de médecins et longtemps médecin lui-même

à Villefranche-de-Lauragais, son pays natal, Calès avait ensuite abordé la politique et avait été successivement nommé sous-préfet, conseiller général et député de la Haute-Garonne.

Abandonnant la carrière législative en 1889, il avait été nommé directeur de l'asile des aliénés de Bordeaux, à ce moment en voie de reconstruction et de réorganisation, mais il avait conservé ses fonctions de conseiller général, qu'il a remplies scrupuleusement et fidèlement jusqu'au cours même de la session dernière.

Comme directeur de l'asile de Château-Picon, Calès s'est montré, en même temps qu'administrateur intelligent, homme bon et dévoué au plus haut point; aussi avait-il rapidement gagné à Bordeaux les sympathies de tous.

On sait avec quelle amabilité cordiale il reçut en 1895 les membres du Congrès des aliénistes et neurologistes à l'asile de Bordeaux où une splendide réception leur fut offerte. Il prononça à cette occasion, une allocution pleine des généreux sentiments dont il était animé vis-à-vis des aliénés et qui le peint tout entier.

Dans ces dernières années, la santé de Calès avait, à diverses reprises, reçu des atteintes graves, mais rien ne faisait prévoir un dénouement prochain, lorsque tout récemment, à peine à sa rentrée des vacances, il dut s'aliter et, en quelques jours, une congestion pulmonaire l'emportait.

Calès fut à la fois un homme aimable et un homme de bien. Tous ceux qui l'ont connu resteront fidèles à sa mémoire et garderont de lui un bon et sympathique souvenir. E. B.

VARIA.

Les cellules pour les aliénés dans les hôpitaux : réformes urgentes.

« Voici un fait : Le soir de notre arrivée à Flaucourt, nous apprenons qu'un de nos amis, jeune homme de vingt-six ans, en entrant chez lui après une journée de travail dans les champs, s'était senti malade, était monté se coucher et que dans la nuit pris d'une fureur inexplicable il avait tout brisé dans sa chambre. Le lendemain un médecin était venu, et sur le certificat que ce dernier délivra et un deuxième certificat du maire il rentra à l'hôpital le plus près : celui de Bourg-Achard.

« Naturellement notre premier soin en apprenant cette nouvelle est d'aller rendre visite à ce pauvre jeune homme. Nous arrivons à

l'hôpital ; une religieuse nous ouvre, nous demande ce que nous désirions ; après lui avoir dit l'objet de notre visite, elle nous prie de la suivre, nous fait traverser un jardin, ensuite un bâtiment où sont les salles des malades et nous dirige vers une petite bâtisse derrière à droite, bâtisse qui nous fit l'effet d'une écurie. A travers les gros barreaux d'une toute petite fenêtre nous apercevons notre malheureux ami endormi, étendu sur une paillasse, il était camisolé et ses pieds nus touchaient les briques. Malgré l'insensibilité que donne l'habitude d'être parmi les personnes souffrantes nous sentions les larmes nous venir aux yeux de voir un être humain, un malade, dans un tel lieu, au-dessous d'une espèce de râtelier où il y avait de la paille. Il aurait pu dans un moment d'agitation se fendre la tête contre les murs ou contre les barreaux puisqu'il n'était pas attaché et qu'il n'y avait pas d'infirmiers pour le garder. Nous pensions même qu'il aurait presque été humain de l'enchainer, au moins sa tête aurait été préservée.

« La religieuse s'apercevant de la bizarre figure que nous faisions, nous dit alors, qu'il aurait était préférable de le conduire à Evreux où il y a tout ce qu'il faut pour soigner ces gens-là. — Mais vous avez toujours bien un lit et un endroit autre que celui-ci. — On ne pourrait pas le tenir dans un lit.

« Décidément cette brave infirmière congréganiste aurait bien eu besoin de suivre les *cours professionnels pour apprendre la façon de traiter les malades atteints de délire.*

« Ce jeune homme était très intelligent, n'avait jamais présenté aucun symptôme de dérangement cérébral, son attaque l'avait pris si subitement qu'il ne pouvait guère être atteint que d'une affection aiguë du cerveau, mais en supposant même que c'eût été un fou chronique il n'était pas humain de le conduire dans un tel lieu et de cette façon, même provisoirement. Nous comprenons maintenant pourquoi les Normands ont une appréhension si vive de l'hôpital. (*L'Infirmier*, 2 juillet 1899.)

Nous avons exposé dans le temps le triste résultat de nos visites dans les hôpitaux de province concernant la déplorable situation des cellules affectées aux aliénés. A la suite de nos dires, reconnus exacts, vérifiés par M. l'inspecteur Napias, dont M. Monod avait fait l'objet d'une communication au Congrès international de médecine mentale en 1889, M. Fallières avait adressé aux préfets une circulaire pour faire cesser les abus qui lui étaient signalés. Le fait ci-dessus montre que la réforme est loin d'être complète et qu'il est nécessaire d'appeler de nouveau l'attention de MM. les préfets sur cette intéressante question d'assistance hospitalière.

B.

ASSISTANCE DES ENFANTS IDIOTS.

Sous le titre *les Miséreux*, le *Petit Var* du 11 novembre rapporte le fait suivant :

Qui connaîtra jamais les misères insoupçonnées d'une ville ? Il existe des créatures humaines qui vivent dans des conditions lamentables, sans que l'on s'en doute. C'est le cas de deux enfants, admis seulement hier à l'hôpital civil sur l'intervention et les formalités de la police.

Dans un taudion de la rue Magnaque s'abritent trois personnes: le père, journalier de l'arsenal, et ses deux fils Michel M..., âgé de dix-sept ans, et Honoré M..., âgé de dix ans. Le père passait trois sous par jour à ses deux enfants et c'est avec cela qu'ils devaient vivre. Si encore ceux-ci avaient été doués comme tout le monde ! Mais inintelligents, abêtis, ils n'avaient — l'aîné comme le plus jeune — aucune initiative. Pour ainsi dire abandonnés, livrés à eux-mêmes, ils erraient dans la rue, sans but comme la bête, incapables même de parler.

Ces malheureux, atteints de crétinisme, étaient affligés en outre d'une maladie de peau et vêtus de haillons. Chez eux, ils couchaient sur les tringles de leur lit, à peine recouvertes de vieux sacs. Pourtant, le père a, à sa disposition, un drap et une couverture. Ces loqueteux ont fini par exciter la pitié de quelques gens du quartier, lesquels ont signalé cette situation au commissaire de police. Ce fonctionnaire s'est empressé d'y mettre un terme, en ce qui concerne les jeunes Michel et Honoré M... Quant au père, seul maintenant, il pourra se suffire.

Une meurtrière de douze ans. — On mande d'Alger au *Petit Parisien* : « Il y a quelques jours, disparaissait un bébé de trois ans, le jeune Etienne Grecco, fils d'un jardinier employé à la ferme Raphaël, près d'El-Affroun ; après de longues recherches restées infructueuses, on eut l'idée de vider un immense bassin servant à alimenter les alambics destinés à distiller du géranium : le cadavre gisait au fond du réservoir, presque méconnaissable. Toute idée d'accident devait être écartée, car ce bassin, qui s'élève à deux mètres au-dessus du sol, est hermétiquement fermé.

« Pendant que la gendarmerie procédait à une enquête, le jeune René, fils du fermier Kaci, est venu déclarer au brigadier que c'était sa sœur Thérèse qui avait jeté le petit Etienne dans le réservoir et avait aussitôt refermé le bassin, menaçant son frère de mort s'il la dénonçait. La petite Thérèse, âgée de douze ans, qui à ce moment se tenait cachée chez son père, ayant été appelée, a avoué son crime, et comme on la questionnait sur le mobile qui l'avait fait agir, elle a répondu cyniquement: « C'est une idée

comme cela ! » La jeune criminelle, issue d'un père arabe et d'une mère espagnole, est le vice incarné ; on devait même l'enfermer dans une maison de correction à la suite d'un vol important qu'elle avait commis récemment. »

Les deux faits qui précèdent indiquent la nécessité de l'hospitalisation et du traitement des enfants idiots. Ce n'est pas la maison de correction qu'il faut à la catégorie d'enfants malades à laquelle appartient la fillette meurtrière mais l'asile-école du traitement médico-pédagogique.

Tentative de suicide d'un enfant a la prison.

Le *Républicain orléanais* a rendu compte en son temps du jugement du tribunal correctionnel de Gien en date du 19 juillet dernier qui acquittait comme ayant agi sans discernement, mais envoyant en correction pendant trois mois le nommé Pinson (Louis-Maurice), âgé de dix ans, domicilié à Châtillon-sur-Loire, qui avait soustrait de l'argent et des bouteilles de liqueurs au préjudice d'un cafetier, M. Morizet. Cet enfant qui est actuellement détenu à la prison de Gien a tenté de mettre fin à ses jours dans les circonstances suivantes :

Ce matin, vers cinq heures, quelques minutes avant le réveil des prisonniers il a approché son lit d'une fenêtre et il a attaché à un des barreaux son mouchoir dans lequel il a passé sa tête. Le gardien, qui arrivait quelques instants après, ne voyant pas le jeune Pinson dans son lit, examina la cellule et l'aperçut pendu au barreau de la fenêtre. Il s'empressa de le dépendre et de lui prodiguer les soins nécessaires. L'état de Pinson ne présente aucune inquiétude. (Le *Républicain Orléanais* du 4 août.)

Les réflexions précédentes s'appliquent également à ce malheureux petit suicidé : traitement médico-pédagogique dans une *asile-école* et non dans une *maison de correction.*

Les aliénés en liberté.

Un triple suicide. — Mme Bussi, qui habite rue de la Véga avec ses deux fillettes, l'une nommée Lucie et âgée de huit ans, la seconde nommée Alice-Eugénie et âgée de trois mois, était depuis quelque temps en proie au *délire de la persécution.* Elle se croyait en butte à toutes sortes de machinations de la part d'ennemis imaginaires. Le mari, ouvrier peintre, occupé actuellement à La Rochelle, n'étant point là pour la rassurer, la malheureuse a perdu tout à fait la tête : elle s'est asphyxiée hier avec ses deux enfants, après avoir écrit au procureur de la République une lettre dans

laquelle elle lui faisait connaître sa funeste résolution. Des voisins, inquiets de l'absence de Mme Bussi, pénétrèrent hier soir dans son domicile et la trouvèrent étendue sur son lit, ayant à ses côtés ses deux enfants qui étaient revêtus de leurs vêtements du dimanche. Ni elle ni les fillettes ne donnaient signe de vie. Les voisins prévinrent aussitôt le commissaire de police du quartier, qui informa à son tour le malheureux mari. (*Le Temps* du 19 octobre 1899.)

Drame de la folie. — Hier soir, vers dix heures, les gens qui passaient devant le n° 9 de la rue Saint-Denis, entendirent des coups de feu, puis virent s'élancer dans la rue une femme que poursuivait un garçon d'hôtel criant : « Arrêtez-la ! A l'assassin !

La femme fut arrêtée par la foule, jetée à terre et piétinée. Elle aurait été assommée sans l'intervention d'un ancien inspecteur de la sûreté qui parvint à calmer les fureurs de la foule. Les gardiens de la paix arrivèrent plus tard et on remit entre leurs mains la malheureuse qui fut conduite au poste de la rue des Prouvaires. Interrogée par M. Bureau, commissaire de police, elle refusa de répondre. Toutefois, on sait son nom : elle s'appelle Marie Boudon. De l'enquête faite sur place par le commissaire se dégagent les faits suivants : il y a une dizaine d'années, Marie Coutan, aujourd'hui âgée de trente ans, avait épousé le fils de Mme veuve Boudon, propriétaire d'un hôtel meublé, 9, rue Saint-Denis.

Le jeune ménage, installé, 59, rue Lhomond, vécut pendant longtemps fort uni, la bru entretenant de bonnes relations avec sa belle-mère. Une affaire de famille vint troubler cet accord, et l'humeur de Marie Boudon changea soudain; elle se mit à haïr sa belle-mère. Evidemment sa raison avait chaviré; on surveilla la jeune femme. Cependant, hier, elle échappa à cette surveillance, sortit et se rendit chez Mme Boudon, mère, 9, rue Saint-Denis.

Celle-ci était dans le bureau de son hôtel en train d'écrire, assise devant un secrétaire, lorsque sa bru entra brusquement et se mit à l'injurier avec violence; puis, avant que la veuve eût le temps de répondre, sa belle-fille tira de sa poche un revolver et fit feu à deux reprises. Mme veuve Boudon glissant de la chaise sur laquelle elle était assise, s'affaissa sur le parquet. Elle ne tarda pas à rendre le dernier soupir, une balle avait traversé un poumon. Marie Boudon a été envoyée au Dépôt. (*Le Temps* du 9 octobre 1899.)

Folie. — A onze heures du matin, hier, M. Foulègue, gardien de phare à Saint-Mandrier, a réquisitionné les agents de la sûreté Arnaud et Martel, pour pouvoir conduire un aliéné qui commettait des extravagances et pouvait être un danger pour la sécurité des voisins. Ce fou est un nommé Désiré M..., âgé de 27 ans. (*Le Petit Var*, 24 septembre 1899.)

Un fou. — Hier matin, à sept heures, un homme élégamment

vêtu, coiffé d'un chapeau haut de forme, escaladait les échafaudages de la gare de Lyon et s'installait commodément à une dizaine de mètres de hauteur. Cet individu, qui n'était autre qu'un malheureux aliéné, du nom de Eugène Lefèvre, se mit alors à jeter sur les passants toutes sortes de projectiles.

Un rasssemblement formidable de curieux se forma et le commissaire de police du quartier, prévenu de ce qui se passait, dut, dans l'impossibilité où il se trouvait de s'emparer du fou, prévenir les pompiers. Ceux-ci, arrivés quelques instants après, ne purent s'emparer du malheureux fou qu'après une heure d'efforts, et il a fallu user de ruse pour le conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*La France*, 25 octobre 1899.)

— La femme Truchet, de Loisé, près Mortagne, qui donnait des signes d'aliénation, s'est noyée volontairement. (*Le Bonhomme Normand* du 19 octobre 1899.)

— Le nommé Edmond Chartier, trente-deux ans, de Pommartin (Aube), sujet à des *accès de folie*, a tué sa voisine, la femme Fèvre, soixante-deux ans, puis s'est donné la mort. (*Le Bonhomme Normand*, 26 octobre 1899.)

Tous ces faits montrent la nécessité de procéder à l'hospitalisation des aliénés dès que la folie est constatée : c'est l'intérêt de la société car on éviterait les malheurs que nous venons d'enregistrer; c'est l'intérêt des malades qui, soignés dès le début, auraient plus de chances de guérison. B.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations, promotions, etc.* : M. Dodero, médecin adjoint, nommé à Saint-Ylie (Jura), concours de Lyon (juillet); — M. Chaussinaud, directeur-médecin à Saint-Dizier (Haute-Marne), élevé à la première classe du cadre; — M. le Dr Taule, directeur à l'Asile clinique (Sainte-Anne), admis à faire valoir ses droits à la retraite pour infirmités à dater du 1er octobre 1899, est nommé directeur honoraire; — M. Guillot (Maurice), sous-chef de bureau au Ministère de l'Intérieur, chef du cabinet de M. le conseiller d'État, secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, est nommé directeur de l'Asile clinique (Sainte-Anne)

(septembre); — M. le D[r] Chocreaux, médecin-adjoint à Alençon promu à la classe exceptionnelle du cadre; — M. le D[r] Thibaud, médecin adjoint à Quimper, est promu à la première classe du cadre; — M. le D[r] Bellat, directeur-médecin à Brenty-la-Couronne (Charente), est élevé à la première classe du cadre; — M. le D[r] Allaman, médecin-adjoint à Blois, est promu à la classe exceptionnelle (octobre).

Asiles d'aliénés de la Seine. — *Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1900 dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, asile Clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif.* — Le lundi 6 novembre 1899, à 1 heure précise, il a été ouvert, à l'Asile Clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1900, dans lesdits Etablissements.

Concours de l'internat en médecine. — Le jury, sauf modifications, est ainsi composé : MM. Febvré et Legrain, médecins en chef de Ville-Evrard. — MM. Charpentier et J. Voisin, médecins en chef de la Salpêtrière. — M. Chaslin, de Bicêtre. — M. B. Auger, chirurgien de Beaujon. — M. Thiroloix, médecin des hôpitaux.

Asile clinique. — Clinique des maladies mentales : M. le professeur Joffroy, mercredi et samedi, à 9 h. 1/2. — M. Magnan : *Exercices cliniques sur le diagnostic de la folie*, le vendredi à 9 1/2.

Asile de Villejuif (Tramway Chatelet-Villejuif). — Service de M. Toulouse. — Le mercredi à 9 h. 1/2 visite du service. Conférences cliniques au lit des malades.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux* (Professeur M. Raymond). — M. Gilles de la Tourette, chargé de cours, a commencé le cours de clinique des maladies du système nerveux le vendredi 24 novembre 1899, à dix heures du matin (Hospice de la Salpêtrière), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. — *Programme d'enseignement supplémentaire* : Séméiologie des maladies du système nerveux. M. le D[r] Cestan. — Histologie normale et pathologique du système nerveux. M. le D[r] Philippe. — Psychologie clinique, M. le D[r] Janet. — Electrodiagnostic et électrothérapie. M. le D[r] Huet. — Examen du larynx. M. le D[r] Cartaz. — Examen des yeux. M. le D[r] Sauvineau. — Examen des oreilles. M. le D[r] Gellé. — Une affiche ultérieure indiquera les jours et heures des conférences supplémentaires.

Hôtel-Dieu. — *Pathologie mentale et nerveuse.* — M. le D[r] E. Dupré, professeur agrégé, a commencé ses cours le vendredi 17 novembre 1899, à 10 heures du matin, dans le salon de la salle

Sainte-Madeleine, et les continuera à la même heure, les mardis et les vendredis suivants (Hôtel-Dieu).

MEURTRIER INCONSCIENT. — Le nommé Julien, habitant Latour-Couzals, près Castres, qui s'était constitué prisonnier à la police de Toulouse, s'accusant du meurtre de sa maîtresse, Félicie Ducousseau, a fait preuve d'un cynisme surprenant lors de la reconstitution de la scène du crime. Au moment où les magistrats allaient se retirer, Julien, très calme, se tourne vers un domestique de la maison et lui dit : « Donnez donc à ces messieurs des serviettes pour s'essuyer les mains. » (*Le Journal du Peuple*, 15 octobre 1899.)

FUREUR D'UN ALCOOLIQUE. — Gervais Lagnel, trente-quatre ans, était au service du sieur Eudeline, cultivateur à Campeaux. Pendant la moisson, le fils Eudeline, soldat au 74e, en garnison à Paris, vint aider son père. Il chargeait des gerbes d'orge pendant que Lagnel et une servante les liaient. Eudeline, mécontent des manières de Lagnel avec la jeune fille, lui en fit l'observation. Pour toute réponse, Lagnel prit un râteau et en asséna trois coups si violents sur la tête du jeune soldat que le râteau se brisa et que l'une des dents pénétra dans les chairs et resta dans la plaie. Lagnel est un alcoolique qui a été interné trois fois au Bon-Sauveur. Il est considéré comme un fou dangereux. Le tribunal correctionnel de Vire ne l'a condamné qu'à un mois d'emprisonnement. (*Le Bonhomme Normand* du 26 octobre 1899.)

ALCOOLIQUE. — Le nommé Rousselet, âgé de 56 ans, disparu depuis le 11 août dernier, a été trouvé dans la forêt d'Evreux par le garde Lefèvre. Son cadavre était en décomposition. Rousselet qui avait manifesté depuis longtemps l'intention de se suicider, s'était en effet pendu à une branche d'arbre. C'était un alcoolique. (*Le Rappel de l'Eure* du 25 novembre 1899.)

ALCOOLISME DE L'ENFANCE. — Georges Bommert, cinq ans, dont le père habite près le Mans (Sarthe), où il est bouilleur de cru, avait bu, pendant l'abscence de ce dernier, une certaine quantité d'eau-de-vie, fraîchement distillée. Le petit malheureux est mort peu après dans d'horribles souffrances. (*Le Bonhomme Normand*, 9 novembre 1899.)

UNE AVEUGLE BACHELIÈRE. — Une jeune fille née aveugle et sourde-muette, Mlle Hélène Keller, a passé un brillant examen de baccalauréat au Rad-Cliff Collège de New-York. Elle a remporté le premier prix de grec, de latin, d'algèbre et de géométrie. (*La Fronde* du 24 octobre 1899.)

AVIS A NOS COLLABORATEURS. — *Nous prions instamment nos collaborateurs de bien vouloir nous renvoyer, dans un délai de* trois jours, *leurs épreuves corrigées et de toujours nous les adresser* 14, rue des Carmes.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir de ce jour. Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

— *Jusqu'au* 31 *décembre, la COLLECTION COMPLÈTE des* **Archives de Neurologie** *sera livrée à nos nouveaux abonnés au prix de* **cent vingt** *francs, y compris l'abonnement de* 1899. — *A partir du* 1er *janvier* 1900 *le prix de la collection complète* (1880-1899) *sera porté à CENT CINQUANTE francs.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE SAINT-YON. — *Rapport médical pour l'année 1898.* — Brochure in-4° de 24 pages. — Rouen, 1899. — Imprimerie Cagniard.

Asile public d'aliénés de Quatre-Mares. — *Rapport médical pour l'année 1898.* — Brochure in-4° de 26 pages. — Rouen, 1899. — Imprimerie Cagniard.

Carrier (Georges). — *Contribution à l'étude des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés.* — In-8° de 194 pages. — Prix : 3 francs; pour nos abonnés 2 francs.

Chipault (A.). — *Thérapeutique de la scoliose des adolescents.* — Volume in-18 de 261 pages, avec 67 figures. — Prix : 4 francs. — Paris, 1889. — Librairie Vigot frères.

Donath. — *Der epileptische Wandertrich* (Poriomanie). — Brochure in-8° de 21 pages. — Budapest, 1899. — Chez l'auteur.

Donath (J.). — *Beiträge zur Pathologie und Therapie der Basedowschen Krankheit.* — Brochure in-8° de 14 pages. — Budapest, 1899. — Chez l'auteur.

Fyrretyvende Beretning Obi. *Aandssvageanstalten paa Gl. Bak-Kehusogebberodgaard ved Kebenhaven for Aaret fra* 1 *april* 1898, *til* 31 *marts* 1899. — Brochure in-8° de 51 pages, avec 8 planches. — Kebershaven, 1899. — Trykt hos Nielsen and Lydiche.

Grasset. — *La distribution segmentaire des symptômes en séméiologie médullaire.* (Leçons recueillies et publiées par Gibert.) — Brochure in-8° de 77 pages. — Montpellier, 1899. — Imprimerie Delord-Boehm.

Guérin et Aimé (H.). — *Un cas de folie intermittente avec étude de quelques éléments urologiques.* — Brochure in-8° de 6 pages. — Nancy, 1899. — Extrait de la *Revue médicale de l'Est.*

Hualde (J.-R.). — *Profilaxia de la locura.* — Volume in-8° de 106 pages. Buenos-Ayres, 1899. — Imprenta « San Jorge ».

Hugon (E.). — *Massage thérapeutique.* — Volume in-18 de 300 pages. Prix : 4 francs. — Paris, 1899. — Librairie Vigot frères.

Keller (Chr.). — *De Kellerske Aandssvage-Anstalter.* — Brochure in-8° de 29 pages, avec 6 vues. — Kobenhavn, 1899. — Librairie Numa Fraenkel.

Le Duigou (E.). — *Contribution à l'étude du pronostic de l'épilepsie chez les enfants.* — In-8° de 56 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés : 1 fr. 25. — Aux bureaux du *Progrès médical.*

Raulin (J.-M.). — *Le rire et les exhilarants. Étude anatomique, psycho-physiologique et pathologique.* — Volume in-8° de XVI-292 pages, avec 100 photogravures et dessins. — Prix : 7 fr. 50.

Riche (A.). — *L'ataxie des tabétiques et son traitement.* — Volume in-8° de 120 pages, avec 9 planches et 5 figures. — Prix : 4 francs.

Sachs (H.) und Freund (C.-S.). — *Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchung und Begutachtung.* — Volume in-8° de 581 pages, avec 20 figures. — Prix : 20 francs. — Berlin, 1899. — Librairie Fischer's.

Soury (J.). — *Système nerveux central. Structure et fonctions. Histoire critique des théories et des doctrines.* — 2 volumes in-4° reliés formant ensemble 1.863 pages, avec figures. — Paris, 1899. — Librairie Carré et Naud.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 1299.